UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MEDECINE

Année 1907

THÈSE

N° 179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1907, à 1 heure,

PAR

ÉTIENNE LE SOURD

Interne des Hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté
né à Paris le 19 mai 1879

TRAITEMENT

DES

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES

NON CONGÉNITAUX DU RECTUM

Président : M. PAUL BERGER, *professeur.*

Juges : MM. POIRIER, *professeur.*
HARTMANN, *agrégés.*
Pierre DUVAL,

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
52, rue Madame

1907

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. N.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DEMELIN.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON Fern.	DUVAL (Pierre)	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des trav. anatomiques.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	
BROCA (André).	GOUJET.	MARION.	
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	TEISSIER.
CHASSEVANT.	LABBE (Marcel)	MERY.	TIROLOIX.
CLAUDE.	LANGLOIS.	MORESTIN.	VAQUEZ.
CUNEO.	LAUNOIS.	POTOCKI.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A M. LE PROFESSEUR Paul BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR De LAPERSONNE

A M. LE PROFESSEUR AGREGE QUENU

A M. LE PROFESSEUR AGREGE RICARD

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

1900-1901. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. QUENU.

1901-1902. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERNAND WIDAL.

Internat :

1902-1903. — M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE.

1903-1904. — M. LE PROFESSEUR POZZI.

1904-1905. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. QUENU.

1905-1906. — M. LE PROFESSEUR BERGER.

A M. LE PROFESSEUR PAUL POIRIER

A MES PREMIERS MAITRES ET AMIS :

M. PIERRE DUVAL,
PROFESSEUR AGRÉGÉ, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. GEORGES LABEY,
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. GABRIEL DELAMARE,
CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ

A. MM. SOUQUES, AVIRAGNET, THIBIERGE, BAUDET, THIERY, JAYLE, MARION, FUNCK BRENTANO, LANDEL.

TRAITEMENT

DES

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES

NON CONGÉNITAUX DU RECTUM

Quand, en 1897, le Congrès français de chirurgie mit à l'ordre du jour le traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum, notre maître, M. Quénu, chargé du rapport, demanda que l'on modifia le titre du sujet et qu'on lui permit de s'occuper de la thérapeutique du cancer du rectum. Il s'appuyait sur ce que la question des sténoses rectales n'était pas encore assez au point pour que l'on pût étudier avec utilité son traitement.

Mais, depuis, de nombreux travaux ont été faits sur cette affection, des méthodes nouvelles ou des modifications très importantes à des procédés anciens ont été préconisées ; le nombre des observations s'est, d'autre part, multiplié, et nous pensons qu'actuellement on peut indiquer les règles générales qui doivent guider la thérapeutique chirurgicale de cette affection.

Il est indispensable, avant d'entrer dans le détail des méthodes employées, de rappeler brièvement quels sont les symptômes et les complications dont les malades ont à souffrir, car il ne faut pas oublier que le traitement doit, avant tout, s'adresser à ces symptômes (c'est par oubli de ce principe que, souvent, on n'a pas soulagé les malades autant qu'il aurait été possible), et que le traitement de choix sera incontestablement celui qui arrivera à les faire

disparaître ou, au moins, à les atténuer dans la plus large mesure.

Nous n'insisterons pas sur les signes habituels du rétrécissement : constipation opiniâtre, douleurs en allant à la selle, matières rubanées ou ovillées, signes qui peuvent se compliquer d'une obstruction aiguë, nécessitant une intervention immédiate. Mais, à côté de ces symptômes qui dépendent, en quelque sorte, uniquement de l'obstacle mécanique apporté au cours des matières par la sténose, il en est d'autres plus importants encore qui sont tous sous la dépendance de la rectite qui accompagne presque toujours, et ordinairement même précède, le rétrécissement dont elle est le plus souvent la cause.

Les malades qui viennent consulter, insistent surtout sur la sécrétion purulente, sanguinolente et d'odeur infecte qui s'écoule par leur anus, soit d'une façon presque continue, soit par intervalles, à l'occasion des matières qu'elles enrobent, ou en dehors d'elles. Ils ont de fausses envies d'aller à la la selle et ne font que des glaires ou du pus ; ils sont obligés de se garnir, parfois de changer deux ou trois fois par jour leur pansement, tellement leur suppuration est abondante : c'était le cas du malade de notre observation VI, qui voyait sortir de son anus un véritable jet de pus, lorsqu'il se mettait au-dessus du vase et poussait. En même temps, ils ont des démangeaisons atroces dans toute la région péri-anale; celle-ci, à force d'être irritée, devient extrêmement sensible, prend une couleur rouge violacée avec de petites ulcérations qui peuvent devenir le point de départ de phlegmons de la fosse ischio-rectale et surtout de fistules multiples au niveau du périnée et des grandes lèvres. L'érythème se prolonge sur les organes génitaux externes : les grandes lèvres ou le scrotum, le pli interfessier, les fesses, la face interne des cuisses jusqu'au genou.

Ce tableau se rencontre principalement chez les malades qui ont refusé toute intervention.

Nous avons eu l'occasion, au cours de notre année d'internat chez notre maître, M. Quénu, d'observer une malheureuse femme qui était dans cet état pour avoir repoussé

jusqu'à la fin l'anus iliaque qui aurait permis de guérir, ou au moins d'améliorer considérablement, l'état de son rectum.

Cléjat (1) en rapporte un cas si typique que nous croyons utile de le transcrire ici : « Il s'agissait d'un homme de « 48 ans, atteint d'un rétrécissement du rectum, syphiliti- « que ou tuberculeux. Son périnée et sa région périanale « sont occupés par un œdème résistant, pâteux, éléphan- « tiasique, allant du scrotum au coccyx. Le pourtour de « l'anus est, sur 3 centimètres, complètement cicatriciel, « rougeâtre, avec des ulcérations se prolongeant dans « l'anus ; ces pertes de substance sont irrégulières, rouges, « couvertes de pus et de fongosités molles, saillant sur le « reste des tissus. A droite de l'anus, un îlot papilloma- « teux ; on trouve l'orifice anal dilaté, tapissé par une ulcé- « ration molle, lisse et, à 2 centimètres, un rétrécissement « annulaire, admettant juste l'index. Sur les cuisses, il y « a des plaques violacées, le derme est infiltré, avec des « traînées de lymphangite. Les ganglions inguinaux sont « tuméfiés et douloureux. »

Cette suppuration à laquelle s'ajoute l'intoxication chronique, causée par la rétention stercorale, retentit puissamment sur l'état général, les malades perdent l'appétit, maigrissent, s'affaiblissent petit à petit, prennent un faciès de cancéreux, et finissent par mourir épuisés dans le marasme le plus complet, si on n'est pas intervenu. Mais, à côté de ces résultats habituels et classiques en quelque sorte, de la rectite, il est deux complications moins connues, sur lesquelles nous devons attirer l'attention.

La première, c'est la fièvre ; on comprend que la résorbtion des produits toxiques de l'écoulement rectal soit particulièrement aisée, car, d'une part, la sténose ne facilite-t-elle pas la stagnation des liquides septiques et, d'autre part, les vastes ulcérations sus-stricturales ne rendent-elles pas encore plus simple cette absorption ? Cette fièvre n'a

(1) Cléjat. Rétrécissement du rectum. *Journal de Médecine de Bordeaux* 1905, XXXV, 397.

rien, du reste, qui doive nous surprendre, car elle est fréquente avec des foyers suppurant longuement, et, cependant, dans les articles consacrés aux rétrécissements du ectum, on ne la mentionne même pas ; aussi, peut-elle donner lieu à des erreurs d'interprétation comme c'était le cas dans notre observation VI, où l'on attribuait à des poussées de paludisme (la quinine pourtant restait sans effet), les accès fébriles fréquents qui provenaient uniquement de la suppuration rectale ; la suite l'a bien montré.

La rectite peut s'accompagner d'une deuxième complication très curieuse et que, jusqu'ici, nous n'avons vue signalée nulle part ; c'est le rhumatisme rectal, ainsi que l'a appelé notre maître, M. Quénu. M. le professeur Fournier lui-même, si éclairé sur tout ce qui touche aux rétrécissements du rectum, se rappelle en avoir observé quelques cas dans sa longue pratique ; mais il n'avait pas eu l'attention attirée sur ces manifestations articulaires ; il n'avait pas songé à en rechercher la cause.

Deux des malades dont nous rapportons plus loin l'observation, ont présenté très nettement du rhumatisme rectal ; chez l'une, il siégeait au niveau des doigts et des poignets ; chez l'autre, au niveau du genou, il y avait, de plus, de l'hydarthrose dans cette articulation.

Ce qui montre bien l'origine de cette arthrite, c'est que ces deux malades, qui en souffraient d'une façon presque continue, ont vu disparaître toute espèce de douleur articulaire quand, à la suite d'un traitement approprié (grandes irrigations et dilatation dans l'un des cas ; anus iliaque et grands lavages dans l'autre), la rectite eût diminué et que la suppuration se fût tarie.

Le rhumatisme rectal devra donc être ajouté à la liste si longue déjà des rhumatismes infectieux, prouvant, une fois de plus, qu'il n'y a pas d'exception à la loi générale qui veut que tout foyer de suppuration, quel que soit sa localisation, non seulement doit retentir sur l'état général, en donnant de la fièvre, mais encore peut donner lieu à des manifestations articulaires.

De ce rapide exposé symptomatique, on peut conclure

que les rétrécissements du rectum atteignent les malades par des phénomènes de deux ordres ; des phénomènes mécaniques sous la dépendance de la sténose, des phénomènes fonctionnels sous celle de la rectite. Dans la majorité des observations, ces deux sortes de signes coexistent et se confondent, mais, souvent, il n'en est pas ainsi. MM. Delbet et Mouchet ont insisté sur les cas où la rectite est intense et où, si le rectum est diminué de calibre dans son ensemble, on ne trouve nulle part de stricture nette. Il en est d'autres, enfin, où on ne constate que le rétrécissement sans aucune trace de rectite.

Ces variétés sont très différentes au point de vue de l'évolution, du pronostic et du traitement. Les deux premières se rapprochent assez sensiblement l'une de l'autre, au point de vue des accidents qu'ils causent aux malades. Ceux-ci souffrent évidemment de la difficulté qu'ils ont pour aller à la selle et qui est due à la diminution du calibre rectal; mais, en dehors des cas où la sténose est assez serrée pour amener de l'occlusion aiguë, c'est surtout de leur rectite qu'ils se plaignent (et on le comprend aisément, si on se reporte à ce que nous avons dit plus haut). Ils demandent bien plus à être délivrés de leur suppuration rectale et de ses conséquences que de leur rétrécissement lui-même.

Dans la troisième forme où il n'y a pas de rectite, le tableau est tout différent et infiniment moins sombre, la sténose est habituellement peu serrée, située tout près de l'orifice anal (c'est ce qui expliquerait l'absence de rectite, les matières ne séjournant que peu au-dessus du rétrécissement anal et étant plus facilement expulsées au dehors). Il s'ensuit que les malades souffrent beaucoup moins dans cette variété et que, parfois même, ils ne soupçonnent pas l'existence de leurs lésions. M. Verchère (1) nous a dit avoir fréquemment observé, à Saint-Lazare, cette forme sans rectite chez des femmes, chez lesquelles il avait reconnu, quelques années auparavant, les signes qu'il considère comme prémonitoires des sténoses rectales (2). Le rétrécis-

(1) Verchère. Communication orale.
(2) Verchère. *Société de Chirurgie*, 1897, p. 186.

sement était toujours peu serré, l'anus entouré de condylomes, dont M. Verchère pratiquait l'ablation au thermocautère, il faisait ensuite des irrigations rectales, parfois un peu de dilatation et les malades sortaient considérablement soulagées, après quelques jours de soins. Ce qu'il y a de très curieux dans cette forme, c'est que la sténose n'a pas tendance à augmenter comme degré et M. Verchère a pu suivre de longues années des malades, sans constater de grandes modifications au point de vue de la diminution du calibre rectal. Ce fait nous semble intéressant à signaler ; ce serait un argument de plus à ajouter pour admettre la théorie qui veut que la rectite joue un rôle prépondérant dans l'évolution des rétrécissements.

De cette introduction, il nous faut retenir que la thérapeutique doit, évidemment, s'adresser à l'obstacle au cours facile des matières, mais qu'elle doit surtout s'efforcer de guérir ou, au moins, de diminuer considérablement la rectite.

Nous allons voir, maintenant, si les divers traitements qu'on a préconisés pour les sténoses rectales, tiennent compte de ces données et quel est celui qui atteint le mieux le but que nous nous sommes proposé.

Nous passerons successivement en revue, dans une première partie, les méthodes non sanglantes : traitement médical, cautérisation, électrolyse, dilatation ; puis, dans une seconde partie, nous examinerons les rectotomies interne et externe, les anastomoses sigmoïdo-rectales, l'anus iliaque, enfin l'extirpation. Dans un dernier chapitre, nous comparerons toutes les méthodes entre elles et essaierons d'indiquer quel est le mode de traitement qui nous semble le meilleur à employer contre les rétrécissements du rectum.

PREMIERE PARTIE

TRAITEMENT MEDICAL

Nous pensons inutile d'insister sur la nécessité qu'il y a, dans les rétrécissements du rectum, à régler l'hygiène alimentaire, à faciliter les garde-robes par un régime approprié. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il est une question très controversée, au contraire, c'est celle de l'emploi du traitement antisyphilitique dans cette affection et des effets qu'il produit.

La plupart des auteurs nient nettement l'action du mercure et de l'iodure de potassium sur les sténoses. M. le professeur Fournier (1) croit à l'effet bienfaisant du traitement mixte ; on a vu « grâce à lui, dit-il, plusieurs fois, des lésions syphilitiques rectales en voie de constituer un rétrécissement, c'est-à-dire ayant diminué le calibre de l'intestin, rétrocéder ou, au moins, être arrêtées dans leur évolution ». Il cite à l'appui de son opinion deux cas de syphilome ano-rectal qu'il a vu se résorber facilement et ne pas aboutir à la stricture fibreuse rétractile, et plusieurs cas semblables empruntés à Vidal de Cassis, et à la thèse de Godebert (2), Zapulla (3), Trélat (4), et Verneuil (5) ont publié aussi des observations où il y aurait eu amélioration par le mercure et l'iodure.

(1) Fournier. *France méd.*, 1875, p. 50.

(2) Godebert. *Thèse de Paris*, 1873.

(3) Zapulla. *Annali universi di medicina*, CCXIII, Milano, 1870.

(4) Trélat. *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II.

(5) Verneuil. *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, décembre 1894.

M. Lapointe (1), dans l'observation III de sa thèse, a vu non seulement des syphilides cutanées disparaître après du sirop de Gibert, mais des condylomes péri-anaux diminuer de volume, l'écoulement de pus devenir moins abondant, les garde-robes moins pénibles, le toucher n'être plus aussi douloureux.

Devons-nous conclure de cet ensemble de faits que le traitement antisyphilitique peut exercer une heureuse influence sur les rétrécissements en voie de se constituer (nous ne parlons pas de guérison radicale, ce qui est impossible), comme pensaient MM. Trelat, Verneuil, Fournier, en France; Schuchardt (2) en Allemagne ? Il faut d'abord ne pas oublier qu'il restera sans action sur les très nombreux cas de sténose qui ont une étiologie autre que la syphilis, il n'empêchera pas les ulcérations circulaires de donner lieu à des cicatrices rétractiles, mais, même dans les cas où l'origine est nettement syphilitique, on doit se demander si les améliorations obtenues ne devront pas être mises sur le compte des autres moyens qu'on a employés concuremment avec le traitement spécifique : dilatation par des canules, dans les cas de Godebert ; grandes irrigations antiseptiques du rectum, dans celui de Lapointe ; en résumé, on ne risquera rien en essayant, surtout sur des lésions jeunes, l'emploi du mercure et de l'iodure, mais, nous croyons le plus souvent, que l'on n'obtiendra pas, par lui, grande amélioration du rétrécissement, ni de la rectite.

(1) Lapointe. Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. (*Thèse Paris*, 1897.)

(2) Schuchardt. *Archiv fur pathol. Anat.*, 154, 1898.

CAUTERISATION

Everard Home, Samson, Robert essayèrent de détruire les sténoses avec la pâte de Vienne, celle de Canquoin ou même le thermocautère. Ces méthodes sont absolument à rejeter parce qu'elles sont aveugles, dangereuses, et amènent, après la chute des eschares, une récidive du rétrécissement.

Quant aux applications de chlorure de zinc (Desprès) ou de nitrate d'argent pour la cicatrisation des ulcérations, nous pensons qu'elles n'auront aucun effet, si on ne détourne le cours des matières qui les entretiennent par leur passage ; elles n'auront donc leur raison d'être qu'après la colotomie.

ELECTROLYSE

Par analogie avec les rétrécissements de l'urètre, on a essayé de traiter les sténoses rectales par l'électrolyse : l'électrode négative de la batterie galvanique est posée sur le rétrécissement, la positive sur la peau ou tenue dans la main. La force du courant est de 5 à 10 milliampères, séance de 5 à 15 minutes, tous les huit à quinze jours.

Lefort (1) préconisa cette méthode dès 1872, plus récemment, Fort (2), puis Lecerf (3), s'en servirent de nouveau ; en Amérique, elle a été très souvent employée par Benton (4), Earle (5), Newmann (6), Whitmore (7) et enfin par White (8).

Dernièrement, Ravarit (9) déclarait que la méthode électrolytique du professeur Bergonié, pouvait donner de bons résultats dans le rectum, mais n'apportait aucun exemple.

La plupart des observations manquent de détails clini-

(1) Lefort. *Union médicale*, 1873.

(2) Fort. *Gazette des Hôpitaux*, 1889, p. 557.

(3) Lecerf. Rétrécissement inflammatoire du rectum, traité par l'électrolyse. (Communication du professeur Berger, *Soc. de chirurgie*, 5 février 1890.)

(4) Benton. *Med. reg.*, Philadelphie, 1888, p. 438.

(5) Earle. *Virg. med. Monthly*, 1890, p. 821.

(6) Newmann (W.). *Engl. med. Monthly*, 1882, p. 557.

(7) Whitmore. The treatment of structure of the rectum by electrolysis. (*Brit. med. Journal*, London, 1886, p. 1216.)

(8) White (Walter H.). Observation de rétrécissement du rectum traité par l'électrolyse (*Journ. of advanced Therap.*, N.-York, 1902, XX, 9-11), et Rectal strictures, with remarks on electrical treatment. (*Phila. M. J.*, 1902, X, 269.)

(9) Ravarit. La cure des rétrécissements par la dilatat. électrolytique progressive. (*Thèse de Bordeaux*, 1902-1903.)

ques suffisants ; les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse juger de leur guérison ; ailleurs, les résultats paraissent trop merveilleux pour ne pas laisser place à un doute.

Les récidives sont fréquentes après l'électrolyse, Monat de Rio (1), ancien partisan de ce traitement, l'a abandonné à cause de cela.

Aussi pensons-nous, bien que n'ayant pas d'expérience personnelle sur ce sujet, qu'il n'y a pas plus d'amélioration à attendre de l'électrolyse dans les rétrécissements du rectum que dans ceux de l'urètre, Arnaud (2) va même plus loin et prétend que ces électrolyses, loin de combler les pertes de substance, en créeraient de nouvelles.

(1) Monat de Rio. *Annal. des organes génito-urinaires*, 1889, p. 577.

(2) Arnaud. *Thèse de Lyon*, 1905-1906.

DILATATION

La dilatation a été l'objet de violentes discussions ; fort en honneur autrefois, prônée encore par un grand nombre d'auteurs, elle a été vigoureusement attaquée par d'autres, qui lui préfèrent les méthodes sanglantes.

Les premières dilatations faites n'avaient pas pour but d'accroître le calibre du rectum : c'était pour guérir des ulcérations que Desault et Dupuytren introduisirent des mèches, enduites d'onguent mercuriel, par l'anus. On se rendit vite compte que les résultats obtenus, phénomènes de ramollissement et de résorbtion du tissu scléreux (Dupuytren), étaient uniquement dûs à l'action dilatatrice des mèches, et on eût recours à des bougies de cire, des laminaires. Tanchou (1) recommande l'emploi des mèches montées sur de petits tubes métalliques, ce qui permet ainsi aux gaz de s'échapper.

La dilatation peut être lente et progressive ou, au contraire, brusque et extemporaire.

DILATATION BRUSQUE

Cette dernière méthode, préconisée par A. Cooper, est à peu près rejetée par tous. On la pratiquait soit avec les doigts, soit avec des dilatateurs spéciaux (dilatateurs d'Amussat, Nélaton, Demarquay), elle expose à des acci-

(1) Tanchou (cité par Quénu et Hartmann). Traitem. du rétrécis. du rectum, introduct. de mèches par un procédé nouveau. (*Gaz. méd. de Paris*, 1833, 2e série, T. I, p. 667 et *Traité des rétrécissements du canal de l'urètre et de l'intestin, rectum*, Paris, 1835.

dents graves : hémorrhagie importante, péritonite, mort même, comme dans les cas partout cités de Le Dentu (1), de Verneuil (2), de Lannelongue.

Trélat faillit perdre une de ses malades qui était venue, grasse et bien portante, le consulter, à Saint-Louis, avec un rétrécissement. Il la dilata brusquement, elle eût deux abcès, une pelvi-péritonite qui manquèrent l'emporter ; elle sortit de l'hôpital amaigrie, et ayant encore son rétrécissement. Trélat fit suivre cette communication à la Société de chirurgie de cette phrase, qui se passe de commentaires : « Je ne ferai plus jamais la dilatation brusque dans aucun cas de rétrécissement du rectum. »

M. Lapointe, cependant, dans sa remarquable thèse, croit qu'on peut éviter ces dangers en employant la manière de faire de M. le professeur Segond : les malades doivent être purgés, lavementés, comme s'il s'agissait d'une opération sanglante ; la dilatation en est faite avec les doigts qui se rendent compte des résistances et savent y proportionner leurs efforts ; on fait, avant et après l'intervention, des irrigations antiseptiques abondantes ; enfin, un gros tube entouré de gaze iodoformée, est laissé à demeure dans le rectum et ces malades sont constipés à l'opium pendant quelques jours. L'anesthésie au chloroforme ou à l'éther est indispensable, bien entendu. Il cite deux observations où M. Segond a employé avec succès ce procédé qui rend plus facile et plus rapide la dilatation progressive ultérieure. M. Lapointe reconnaît cependant qu'on doit s'abstenir de la dilatation brusque et extemporanée dans les cas à lésions inflammatoires ou ulcéreuses intenses.

Plus récemment, Wood (3), Blackam (4) ont obtenu de

(1) Observat. relatée par Thaon. (*Soc. anat.*,Paris, 1872, p. 400.)

(2) Observat. publiée à la Société de Chirurgie, par Verneuil, 1872, p. 450.

(3) Wood (W.-A.). Fibrous stricture rectal. (*Intercolon. M. J. of Australia*, Melbourne, 1898, III, 29.)

(4) Blackham. Case of fibrous stricture of the rectum following dysentery. (*Brit. med. J.*, 1903, I, 847.)

bons résultats avec cette méthode. Mathews (1) l'a employée plus de cent fois sans aucun accident en se servant d'un spéculum à deux valves.

Ces cas heureux sont trop rares, en comparaison des accidents et des désastres ; aussi ne doivent-ils pas sauver la dilatation brusque du « juste délaissement dans lequel elle est tombée », comme le disent, dans leur livre, MM. Quénu et Hartmann ; elle est brutale et sera toujours dangereuse, fût-ce avec les précautions préconisées par Lapointe. Une rupture du rectum, même antiseptisé (et on sait combien on y arrive imparfaitement) n'en reste pas moins un fait grave auquel on ne devra pas exposer ses malades, d'autant plus qu'avec la dilatation lente et progressive, on arrivera peut-être un peu moins vite, mais, en ne courant pas les mêmes risques, à un résultat tout aussi satisfaisant.

DILATATION LENTE ET PROGRESSIVE

Nous ne citerons que pour mémoire la méthode de Crédé (2) ; dilatation progressive brusque, le malade étant endormi, on lui passe une série de sondes augmentant régulièrement de 1 mm. On peut arriver ainsi, du premier coup, au n° 18 ou 25. Ce procédé qui n'est plus utilisé, présente une partie des inconvénients de la dilatation brusque.

En France, on emploie presque exclusivement comme dilatation, la méthode lente et progressive. On se sert des bougies d'Hégar, cylindro-coniques en gomme durcie, ayant la courbure du rectum : elles sont graduées par millimètres, le numéro 1 ayant 2 millimètres de diamètre.

Baudens (3) utilisait des bougies en étain.

Crédé a fait construire un type spécial de bougie en caout-

(1) Mathews (J.-N.). Rétrécissement du rectum. (*Memphis M. Monthly*, avril 1903, XIII, 173-177.)

(2) Crédé. *Archiv. fur klinische Chirurgie*. T. XLIII, p. 175.

(3) Baudens. Rétrécissement du rectum traité avec succès par la dilatation à l'aide de bougies en étain. (*Gazette des hôpitaux*, Paris, 1884, p. 127.)

choue durci ou en métal, ayant une forme incurvée comme le sacrum, un bout conique et un manche court et mince, l'autre extrémité finissant par un contour arrondi. Ces bougies sont destinées à être laissées plusieurs heures, elles ne doivent donc pas dilater l'orifice anal pour pouvoir être supportées.

D'autres auteurs, comme Werkmeister (1), se servent de bougies molles, creuses (lumière de 2 ou 3 millimètres), qui permettent de faire des irrigations rectales pendant la dilatation. Kümmel (2) recommande, pour les sténoses haut situées, des bougies pleines en gomme molle. Monroë (3) trouve aussi commode de se servir, dans les rétrécissements bas placés, du doigt comme dilatateur; c'est ce moyen qu'on a employé dans notre observation n° 1, dans le traitement préparatoire à l'opération radicale pour accroître le calibre rectal et en faciliter la désinfection.

M. Quénu a fait construire un type spécial de bougies qui rend les plus grands services. Elles sont en caoutchouc rouge moulé, creuses ; de plus, une cloison qui s'étend d'un bout à l'autre, divise exactement en deux leur intérieur, à l'une des extrémités on peut adapter deux tubes de verre ; à l'autre extrémité il y a un large orifice pour chacune des deux cavités de la bougie. Il s'ensuit que l'on a ainsi une véritable sonde à double courant, qui permet de pratiquer d'une façon continue, de grands lavages du rectum, sans qu'on soit forcé de retirer constamment la sonde pour laisser s'écouler le liquide. Ainsi, on évite d'irriter le rectum qui est très sensible chez ces malades. De plus, des bougies ayant une certaine consistance, servent en même temps de dilatateurs.

M. Quénu emploie habituellement trois numéros de sonde qui ont respectivement 9, 13 et 17 millimètres de diamètre.

(1) Werkmeister. Zwei Vorschlâge f. die unblütige Behandlung der Strict. recti. (*Arch. f. klinische Chirurgie*, T. LII, p. 307.)

(2) Kummel. *Sammlung klin. Vorträge*, 112-288.

(3) Monroe (Y.-J.). Rétrécissement du rectum. (*Cincin. Lancet clinic.*, 15 déc. 1900 et *Cincin. Lancet clinic*, 5 janvier 1901, 7-10.)

Ce modèle de bougies nous semble bien préférable à ceux qu'on emploie généralement, il est assez flexible pour ne pas traumatiser le rectum, assez résistant pour le dilater cependant; enfin, il est infiniment mieux supporté par les malades ; c'était le cas, par exemple, dans notre observation n° 2, où le patient qui souffrait considérablement avec les autres dilatateurs, nous disait quel soulagement il ressentait depuis qu'il employait le modèle de M. Quénu.

Le manuel opératoire de la dilatation est très simple. On pourra employer avec avantage l'artifice préconisé par Reclus (1) qui consiste à commencer par porter au niveau de la stricture de petits tampons d'ouate hydrophile gros comme des haricots et trempés de cocaïne au 1/100. On les y laisse 5 minutes. La dilatation sera ainsi toujours mieux tolérée, surtout au début. En cas de contracture du sphincter, Lapointe conseille d'injecter en plein muscle de 4 à 6 centigrammes de cocaïne. On introduira ensuite les bougies passées au sublimé ou stérilisées, si c'est possible ; en suivant les préceptes exposés par notre maître, le professeur Berger (2), à la Société de Chirurgie: « On ne saurait trop « insister, dit-il, sur la patience et la douceur qu'il faut em- « ployer. Si une bougie éprouve de la difficulté à passer, « l'introduire de nouveau à la prochaine séance ; il ne faut « jamais *forcer* l'obstacle ; on poussera doucement le dila- « tateur jusqu'à ce que l'obstacle soit absolu, on le main- « tiendra sans forcer, puis, au bout de quelques secondes, « on sentira la résistance diminuer, et on franchit le rétré- « cissement sans ressaut : souvent, il y a une douleur spé- « ciale au moment où le rectum va se relâcher. »

M. Berger croit donc au spasme venant se surajouter à la sténose, et qui expliquerait qu'après avoir essayé de passer sans succès un certain numéro, vous ne puissiez plus passer le numéro immédiatement inférieur qui franchissait le rétrécissement quelques instants avant.

Cette question du spasme est, du reste, assez controversée. M. Quénu n'admet pas son existence.

(1) Reclus. *Société de Chirurgie*, 29 juillet 1896. T. XXII.
(2) Berger. *Société de Chirurgie*, octobre 1896. T. XXII.

Les séances de dilatation devront être assez courtes, on se contentera de passer deux ou trois bougies, en reprenant d'abord un des derniers numéros passés dans la séance précédente.

Quel temps doit-on laisser les dilatateurs dans le rectum ? L'accord n'est pas encore absolu ; tandis qu'Esmarch, Allingham et, plus récemment, Quénu et Hartmann, Berger conseillent de ne pas dépasser quelques secondes pour éviter d'irriter le rectum ; d'autres auteurs, comme Busch, Schulz et surtout Crédé, Werkmeister, Lieblein, sont d'avis de laisser les bougies plusieurs heures. Nous avons vu, plus haut, que Crédé avait inventé des dilatateurs spéciaux à cet usage, permettant aux malades de se lever et même de s'asseoir avec.

M. Claude Martin (1) a appliqué aux rétrécissements du rectum sa méthode de dilatation lente et continue ; on sait qu'elle repose sur la force excentrique qu'exerce un tube de caoutchouc étiré en tendant à revenir sur lui-même. Il emploie comme conducteur un mandrin en plomb d'un demi-centimètre de diamètre à extrémité équarrie et mousse, et une sonde en caoutchouc élastique en feuilles anglaises ; seule, cette qualité de caoutchouc réunirait les conditions d'élasticité, de souplesse et de douceur recherchées pour obtenir une pression excentrique très légère et très douce. Une extrémité de la sonde est fermée et renforcée pour éviter que le mandrin ne la perfore pendant l'introduction. Un œillet latéral placé près de l'extrémité assure l'issue des gaz. Le mandrin doit être introduit dans une sonde et presser plus ou moins sur son extrémité borgne, de façon à l'étirer et à diminuer son calibre. On maintient la sonde ainsi étirée en recourbant plusieurs fois sur eux-mêmes mandrin et sonde, à celles de leur extrémité, que l'on tient dans la main pour l'introduction. On introduit alors la sonde sur l'index gauche comme conducteur. Lorsqu'on a la sensation d'avoir

(1) F. Martin. Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses. (*Thèse de Lyon*, 1900-1902.)

franchi le rétrécissement, on détort, pour libérer la sonde de l'extrémité du mandrin, et on le retire.

Cette méthode, appliquée à un cas dans le service de Gangolphe, aurait amené un élargissement suffisant d'une sténose rectale pour que son diamètre fut doublé en douze jours. Malheureusement, cette sonde que l'on doit laisser une grande partie de la journée et de la nuit pour obtenir une dilatation lente et continue, amène, pendant les premiers jours, des douleurs et des envies impérieuses d'aller à la selle, et les malades ne se prêteront pas aisément à ce mode de traitement et ne reviendront plus se faire soigner comme le malade de Gangolphe.

Il ne semble pas résulter de la lecture attentive des observations des différents auteurs que nous venons de citer, que ces bougies à demeure donnent de meilleurs résultats, elles sont beaucoup plus pénibles pour les malades sans grand avantage; nous conseillons donc les séances courtes qui n'irritent jamais le rectum.

Le désaccord existe aussi quand il s'agit de fixer l'intervalle entre les séances. Esmarch et Allingham (1) laissent trois ou quatre jours entre chaque dilatation ; Berger (2) et Hartmann sont presque du même avis, ils attendent au moins un jour, plus généralement deux ou même trois, s'il y a des douleurs, pour laisser le temps, à l'irritation produite par la séance précédente, de se calmer.

D'autres, comme Crédé, croient avantageux de passer deux fois par jour les bougies. Nous pensons que l'on doit tenir grand compte de l'état individuel de chaque malade ; lui seul pourra nous indiquer l'intervalle à adopter ; c'est là, la pratique de notre maître, M. Quénu ; il nous a paru que, dans la majorité des cas, on pourrait faire de la dilatation chaque jour, à condition de la faire suivant les principes indiqués plus haut.

Werkmeister, de Baltimore, est d'avis, dans l'intervalle des dilatations, de mettre un court drain (6 à 7 cm. et 8 à

(1) Cités *in Thèse* de Lapointe.
(2) Berger. *Loco citato.*

10 mm. de diamètre), de caoutchouc dans le rectum, pour permettre l'écoulement des produits de la rectite, et empêcher leur stagnation derrière le sphincter quand on a enlevé la bougie ; il dit que, grâce à ce procédé, on empêche la fièvre, conséquence habituelle de la résorption, par la muqueuse rectale, de ces exsudats éminemment septiques, et on hâte la cicatrisation des ulcérations qui, ainsi, ne baignent plus constamment dans le pus. Werkmeister pense qu'ainsi on met le rectum au repos un peu de la même façon qu'en faisant une colotomie. Lapointe dit que cette idée n'est pas nouvelle et que M. Segond utilisait déjà, depuis longtemps, ce drainage dans sa pratique.

Tous les auteurs sont d'accord pour adjoindre à la dilatation de grandes irrigations du rectum (soit à l'eau goudronnée (Reclus), au permanganate de potasse au 3 millième (Quénu), avec des instillations de nitrate d'argent (Berger, Horvitz), pour le désinfecter autant que possible. Ces lavages se font une ou deux fois par jour, pendant la dilatation même, pour les auteurs qui emploient des bougies creuses comme Werkmeister.

Il nous faut maintenant envisager la valeur de la dilatation comme traitement des rétrécissements du rectum. Cette méthode a eu des fortunes très variables, suivant les époques. Fort en honneur autrefois, elle fut presque abandonnée quand on commença à employer la rectotomie externe, si vantée par Verneuil et ses élèves ; et surtout l'extirpation qui semblait devoir être le traitement de choix ; depuis une certaine réaction s'est faite en faveur de la dilatation ; nous verrons à l'heure actuelle, quelle place elle doit occuper dans la thérapeutique des sténoses rectales.

La dilatation lente et progressive présente un certain nombre d'avantages incontestables : elle évite une opération sanglante, les inconvénients de l'anesthésie et améliore assez rapidement les malades qui, jusqu'alors, ne pouvaient plus aller à la selle sans de grandes douleurs.

Notre maître, M. Berger, a bien voulu nous communiquer l'observation d'un malade de sa clientèle, soulagé considérablement par le passage des bougies. Notre observation

n° 5 est encore un bel exemple des résultats obtenus. Ces faits n'ajoutent, du reste, rien de nouveau ; la dilatation a fait ses preuves, mais il nous a paru utile de les rappeler. On comprend aisément qu'un grand nombre de chirurgiens comme MM. Reclus, Berger, Lapointe, en France ; Horvitz (1), Frankenburger (2), en Amérique ; Esmarch (3), Crédé, en Allemagne, aient une prédilection marquée pour cette thérapeutique.

On a reproché à juste titre à la dilatation de n'être qu'une méthode palliative, et d'avoir besoin d'être prolongée indéfiniment et très régulièrement, sinon d'être inefficace ; dès que le traitement est suspendu, la sténose s'accentue de nouveau. Berndt (4), dans sa thèse, en cite un exemple frappant :

Il s'agit d'une femme de 38 ans — ayant depuis un an des difficultés pour aller à la selle — et perdant du pus et du sang par l'anus. Elle présente des larges ulcérations s'étendant à la moitié de la circonférence rectale jusqu'au 3e sphincter, la muqueuse est épaissie et couverte de granulations, le rétrécissement de nature gonococcique, situé à quelques centimètres de l'anus a une longueur de 4 à 5 centimètres. La malade repousse toute intervention sanglante, on lui passe chaque jour une bougie de 2 cm. 1/2 qu'on laisse 10 minutes, on lui fait des irrigations rectales à l'acide borique et des instillations de sel de cuivre à 2 0/0, — amélioration notable, le pus diminue, la malade apprend à se sonder, mais ne le fait qu'irrégulièrement — un an après, la sclérose a tellement augmenté qu'elle ne laisse plus même passer le doigt, on arrive à la dilater de nouveau en employant la cocaïne, et le même traitement que la première fois, mais les douleurs ne disparaissent plus, et Berndt laisse entendre que le rétrécissement est destiné à se reproduire dès que la dilatation ne sera plus faite régulièrement.

(1) Horvitz (O.). Ulcère of the rectum, stricture of the rectum due to syphilis. (*Philadelphia polyclinic.*, 1898, VII, 187-191, 193-198.)

(2) Frankenburger (J.-M.). Inflammatory stricture of the rectum. (*Med. News*, 1905, 4 février, p. 204.)

(3) Esmarch. *Deutsche Chirurgie Lief.*, 48, p. 116.

(4) Berndt. *Thèse de Breslau*, 1898.

Indépendamment de cette absence de résultats durables, la dilatation peut exposer à des dangers graves.

Nous n'insisterons pas sur les douleurs atroces, et les crises hystériques qu'elle peut produire (1), ou sur la rétention d'urine qu'elle provoqua chez une malade de Blondeau (2), mais elle accroît, dans certains cas, les phénomènes inflammatoires : irritabilité locale, augmentation de l'écoulement, rougeur des plis de l'anus, etc. Enfin, elle peut amener des frissons, des accès de fièvre, avec retentissement péritonéal, et même la mort, par perforation du rectum et péritonite consécutive. M. Quénu et M. Hartmann (3) en rapportent un certain nombre d'observations dus à Curling (4), John Deaver (5), Morton (6), Georges P. Biggs (7). Cet auteur cite même un cas de perforation de l'intestin sain, à 21 cm. de l'anus, survenue à la suite de la dilatation d'un rétrécissement imaginaire chez un homme souffrant de troubles intestinaux. Ces cas ne sont pas si rares qu'on a bien voulu le dire ; pour notre part, nous nous souvenons d'avoir vu, une après-midi, notre maître, M. Quénu, forcé de laparotomiser d'urgence un malade, dont un stagiaire maladroit avait perforé le rectum, le matin, en lui passant des bougies. Il faut, de plus, ne pas oublier que les rectums de ces rétrécis sont particulièrement fragiles et prêts à se rompre, leurs tuniques étant profondément malades.

Une observation très intéressante de Lieblein-Schloffer (8), que nous résumons plus loin, en est un exemple

(1) Carré. Du rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Thèse de Paris*, 1892-1893, n° 118, p. 57.)

(2) Blondeau. *Arch. générales de médecine*, Paris, 1868, T. I, p. 501.

(3) Quénu et Hartmann. *Loco citato*, p. 311.

(4) Curling. Traité des maladies du rectum, trad. française, Paris, 1883, p. 152.

(5) John Deaver. *Presse médicale*, 10 février 1894.

(6) Morton. *Presse médicale*, 10 février 1894.

(7) Georges P. Biggs. *Medical Record*, N.-Y., 1893, T. I, p. 699.

(8) Lieblein. Zur retrograden Bougierung der entzündlichen Mastdarmverengerungen et Schloffer, Zur operativen Auschaltung entzündlichen Mastdarmstricturen. (*Beitrage zur klinische Chirurgie*, Tubingen, 1901, XXXI.

frappant. Il s'agissait d'une malade que Schloffer laparotomisait pour une perforation rectale consécutive à la dilatation ; une fois la suture de l'intestin faite, il voulut se rendre compte de la longueur de la sténose et fit introduire par l'anus une sonde molle en gomme ; bien que maniée avec douceur, cette sonde perfora le rectum un peu au-dessus de la première suture.

Il résulte de cet ensemble de faits que la dilatation n'est pas aussi inoffensive qu'on a bien voulu le dire et qu'il y a un certain nombre de cas où elle est inutile ou dangereuse. C'est ce qu'a bien fait remarquer notre cher maître, M. le professeur Berger (1). Elle est contre-indiquée :

1° Chaque fois que, faite prudemment, elle amène des élévations de température, des douleurs abdominales, surtout si ces accidents augmentaient après chaque nouvelle séance ; à plus forte raison devra-t-elle être suspendue immédiatement si des frissons, de la fièvre, des vomissements ou du collapsus se produisaient (2). Aussi, ne saurions-nous approuver la conduite de Lieblein (quoi qu'il soit arrivé finalement à un bon résultat) qui ne craignit pas de continuer le passage des bougies, malgré des accidents graves.

2° Si l'état du malade est très grave, s'il existe une infection aiguë ou chronique provenant des lésions sus-strictu-rales et ayant amené une dépression extrême ; alors, en effet, la dilatation ne peut amener une guérison assez rapide, et il faut faire une colotomie d'urgence, quitte, ultérieurement, à essayer les bougies.

3° Si le rétrécissement est très haut situé et très étendu, car la dilatation devient presque impossible et extrêmement dangereuse ; il en est de même s'il s'agit de rétrécis-

(1) Berger. *Loco citato.*

(2) Notre maître, M. le professeur Berger, a eu l'occasion (communication orale), d'observer tout récemment dans son service une femme, très affaiblie du reste, et atteinte d'une double sténose rectale, chez laquelle la dilatation lente (et l'on sait avec quelle douceur le passage des sondes est fait sous sa direction), ne put être continuée, à cause des élévations thermiques et des douleurs qu'elle occasionnait. Ces cas, heureusement rares, sont donc une contre-indication absolue.

sements multiples, comme dans l'observation qu'a rapportée notre maître, M. le professeur Berger, à la Société de chirurgie (1).

Il s'agissait d'une dame de 45 ans qui n'allait à la selle qu'avec les plus grands efforts. M. Berger constate une sténose commençant à l'anus et se terminant 6 cm. plus haut ; la dilatation entreprise permet bientôt de passer le n° 22 des bougies d'Hégar, mais l'amélioration fonctionnelle ne correspondait pas au degré de dilatation obtenu. Un nouvel examen permet de sentir une seconde sténose un peu moins serrée, à 9 centimètres de l'anus ; nouvelle dilatation de cet obstacle, les bougies entrent jusqu'à la poignée. Amélioration fonctionnelle notable; cependant, les selles restent rubanées, et une nouvelle exploration du rectum permit de voir un troisième rétrécissement, à 19 centimètres de l'anus. M. Berger dût renoncer à le dilater, devant les douleurs vives de ventre, les frissons, la fièvre qui accompagnaient le passage des sondes.

4° Il y aurait, d'après M. Lapointe, une dernière contre-indication, c'est quand il s'agit de rétrécissement tuberculeux. Nous sommes complètement de son avis, sur ce point; il est bien évident que la dilatation serait impuissante contre l'extension fatale et progressive des lésions bacillaires et de leur généralisation. Mais, il nous a semblé extrêmement difficile, sinon impossible, en pratique, de distinguer les strictures tuberculeuses des autres variétés. Nous citerons comme exemple notre observation n° 2, au point de vue clinique et au toucher rectal, on avait nettement l'impression de se trouver en présence du rétrécissement dit syphilitique : c'était l'opinion de notre cher maître, M. Quénu, dont l'expérience est pourtant si grande sur ce sujet, et cependant l'examen histologique n'a pu laisser aucun doute, il s'agissait d'un rétrécissement tuberculeux net. Dans l'observation de MM. Bender et Papin, il en était de même, la malade était, de plus, syphilitique avérée et,

(1) Séance du 14 octobre 1896, observation publiée *in extenso* dans la *Thèse* de Lapointe.

cependant, il s'agissait de tuberculose rectale sténosante. Arnaud (1) rapporte deux ou trois exemples analogues dans sa thèse.

Cependant, il est indispensable de faire ce diagnostic étiologique, car la dilatation est absolument insuffisante pour les rétrécissements tuberculeux et il faudra s'adresser sans hésiter à l'ablation, par la méthode que nous préconisons plus loin. Aussi, pensons-nous, étant donnée l'importance de la question, qu'on ne devra pas hésiter, pour être fixé sur la nature de la sténose, à pratiquer une biopsie pour nous éclairer. Quelques auteurs ont prétendu que l'examen histologique lui-même ne permettait pas de distinguer la tuberculose de la syphilis ; nous estimons cette opinion exagérée dans la plupart des cas, et l'on pourra voir, par nos observations, que, le plus souvent, il permet de dissiper l'incertitude.

La dilatation est donc contre-indiquée dans un certain nombre de cas ; nous avons vu, d'autre part, qu'elle pouvait être très dangereuse ; est-ce à dire qu'elle doive être rejetée complètement ? Nous ne le pensons pas et si, avec Lapointe, nous ne croyons pas qu'elle doive être le fond du traitement des rétrécissements du rectum, nous estimons qu'elle peut rendre de très grands services dans les sténoses. Mais, pour cela, elle doit être employée très prudemment, avec la plus grande douceur ; aussi, nous recommandons particulièrement l'emploi des sondes de M. Quénu qui nous ont toujours donné d'excellents résultats, qui ne risquent pas de traumatiser le rectum et n'occasionnent jamais aucune douleur pour les malades. La dilatation ne pourra servir que rarement aux gens obligés de travailler, car ceux-ci ne peuvent se soigner d'une façon continuelle et régulière, comme il le faudrait avec cette méthode. On ne peut leur demander de se passer des bougies chaque jour, et encore, le pourraient-ils, qu'ils risqueraient de le faire maladroitement, sans précautions antiseptiques et de se faire, ainsi, beaucaup plus de mal que de bien. Or,

(1) Arnaud. *Thèse de Lyon*, 1905-1906.

nous avons vu que la dilatation ne donnait jamais de résultats durables et devait être continuée sans relâche ; aussi, cette catégorie de malades, même s'ils sont améliorés, renonceront rapidement à ce mode de traitement, comme dans l'observation de Lieblein et demanderont au chirurgien une opération radicale qui les débarrassera de leur infirmité.

La dilatation lente et progressive sera donc à réserver aux malades qui ont le temps et les moyens de se soigner avec la plus grande minutie (comme c'était le cas dans notre observation n° 5).

Il ne faudra pas oublier, en outre, que, si le passage des bougies a une action évidente sur la stricture, il n'en a presque aucune sur la suppuration dont il se contentera de faciliter l'écoulement. La dilatation sera donc excellente à employer dans les sténoses sans rectite, mais, dans les cas où la rectite existe, il sera indispensable de la compléter par de grandes irrigations au permanganate faible, par exemple ; si l'écoulement purulent n'est pas trop intense, ce traitement pourra suffire; mais, souvent, il n'en sera pas ainsi et la dilatation, même accompagnée de lavages antiseptiques, restera impuissante dans les rétrécissements avec rectite invétérée : on devra s'adresser à une autre méthode pour obtenir le résultat recherché.

DEUXIEME PARTIE

RECTOTOMIE INTERNE

La rectotomie interne a été, au début, pratiquée largement et préconisée comme moyen de cure définitive par les chirurgiens qui, désespérés de la longueur du traitement par la dilatation, pensèrent qu'en incisant le rétrécissement sur un ou plusieurs points de sa circonférence, on obtiendrait un résultat plus rapide.

C'est Wiseman, chirurgien de Londres, qui, le premier, mit ce procédé à exécution ; mais, Hawkins en réclama la priorité, comme l'employant déjà depuis vingt ans, à l'hôpital Saint-Georges.

Nous ne ferons que signaler les nombreux instruments imaginés par Desault, Amussat, Richet, Tillaux, pour pratiquer la rectotomie, tous instruments qui sont bien plus compliqués, mais pas plus commodes qu'un simple bistouri.

On faisait des débridements profonds et multiples pour atteindre jusqu'aux tissus périphériques restés souples; puis, on cherchait à tenir écartées les lèvres de l'incision pour en empêcher la réunion, au moyen de mèches plus ou moins volumineuses.

La rectotomie interne est une méthode uniquement pallia-

tive et imparfaite, puisque, pour donner quelques résultats, elle doit être suivie et complétée par la dilatation ; de plus, elle expose à de graves accidents, car c'est une opération faite à l'aveugle. Les incisions profondes qui, seules, ont de l'action sur la sténose, peuvent causer des hémorrhagies importantes et difficiles à arrêter ; ailleurs, donner lieu à l'irruption des matières fécales dans le tissu cellulaire pelvien, à des phlegmons diffus, accidents qui s'expliquent d'autant plus facilement que, par le fait de la douleur, il y a contracture des releveurs et des sphincters, ce qui favorise l'absorption des substances septiques au niveau de la plaie rectale. Une malade de Verneuil ne dût son salut qu'à une rectotomie externe qui fit cesser les accidents inflammatoires en ouvrant une large voie aux produits septiques. Mais, tous les malades n'eurent pas cette chance, et nous trouvons, dans la thèse de Carré, un certain nombre d'observations où, à la suite d'une rectotomie interne, une infection purulente généralisée emporta très rapidement les malades.

Les dangers de cette méthode, malgré les précautions antiseptiques actuelles, sont encore très réels, l'antisepsie du rectum ne pouvant être que très relative. Les incisions profondes, à la manière d'Amussat, sont définitivement condamnées.

Doit-on, avec Lapointe, ne pas rejeter les petits débridements superficiels, comme les pratique M. Reclus (1) quand la dilatation ne fait pas de progrès ? Evidemment, ces incisions minimes ont causé des désastres (2), mais c'était avant l'ère de l'antisepsie et en prenant tous les soins nécessaires, en drainant ensuite pendant quelques jours, on peut essayer, très prudemment, suivant l'exemple de Crédé et de Reclus, qui n'ont pas eu à s'en repentir.

(1) Reclus. *Loco citato.*

(2) Liouville. *Bulletin de la Société anatomique,* 1867, p. 724. Gosselin fait le 19 décembre de petites incisions multiples pour un rétrécissement du rectum chez un homme de 42 ans ; le 20 le malade a des frissons, une soif vive, de la diarrhée ; le 24 du délire ; le 25 il succombe avec tous les signes d'une infection purulente.

En résumé, la rectotomie interne des anciens est une mauvaise méthode, absolument à abandonner à cause des dangers mortels qu'elle fait courir ; seuls des débridements très superficiels seront permis en certains cas, au cours du traitement par la dilatation ; en effet, si elle facilite l'évacuation des matières fécales, elle risque d'amener l'incontinence par section du sphincter ; elle n'agit nullement sur la rectite, et ne fait qu'ajouter une plaie, c'est-à-dire une surface d'absorption de plus, dans un milieu éminemment septique.

RECTOTOMIE EXTERNE

La rectotomie externe a été d'abord pratiquée en quelque sorte accidentellement au cours de l'incision de certaines fistules débouchant au-dessus d'un rétrécissement (Stafford).

Ce serait Humphry, de Cambridge (1), qui l'aurait employée le premier de parti-pris, d'après MM. Quénu et Hartmann ; se basant sur les résultats obtenus dans l'urétrotomie externe, il voulut, par analogie, l'appliquer à la cure des sténoses rectales.

La méthode, malgré le succès obtenu dans deux cas, tomba dans l'oubli jusqu'en 1872, où, à la Société de chirurgie, Panas (2) et Verneuil exposèrent leurs procédés de rectotomie externe.

Panas emploie, comme son maître, Nélaton, en 1865, le bistouri : « Il se sert du doigt introduit dans le rectum « pour guider un bistouri boutonné, au moyen du- « quel il divise aussi exactement que possible, sur la ligne « médiane, toutes les parties molles. L'incision ainsi faite « est d'autant plus profonde qu'on approche davantage de « la peau, de façon à représenter un large canal infundi- « buliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement « qui devient visible. Rien de plus facile alors que d'intro- « duire le bistouri dans le rétrécissement qu'on creuse éga- « lement en arrière, de la quantité exactement voulue, pour « y passer librement le doigt d'abord, une canule de 2 cen-

(1) Humphry (G.-M.). Three cases of stricture of the rectum, treated by incision. (*Association medical Journal*, London, 1856, p. 21.)

(2) *Société de Chirurgie*, 1872, 3e série, T. I, p. 447 et 537.

« timètres ensuite, qu'on laisse le plus longtemps possi-
« ble. »

Verneuil substitue au bistouri l'écraseur linéaire de Chassaignac ; le manuel opératoire diffère suivant qu'il y a ou non des fistules. S'il existe une fistule débouchant au-dessus de la sténose, il introduit dedans un stylet qui est ramené vers l'anus au moyen de l'index, mis dans le rectum ; ce stylet sert de guide à la chaîne de l'écraseur, puis on sectionne verticalement les parois rectales sur toute la hauteur du rétrécissement, et même, si possible, une certaine partie des parois saines situées au-dessus. S'il n'y a pas de fistule, on enfonce un trocart, à travers la peau, à 2 centimètres au-dessous du coccyx, sur la ligne médiane et l'on vient perforer le rectum un peu au-dessus de la stricture ; on remplace le trocart par une bougie fine dont on se sert pour faire passe la chaîne de l'écraseur. Plus tard, il remplace l'écraseur par le thermocautère, que préconisait van Buren.

C'est grâce à l'éloquente parole de Verneuil et aux thèses qu'il inspira à ses élèves, Pinguet (1), Cérou (2), Tison (3), Albesco (4), que la rectotomie externe eût une carrière si brillante, et représenta pendant tant d'années, le traitement de choix des sténoses rectales. Pour eux, sa supériorité sur les autres méthodes est énorme ; elle permet de rétablir immédiatement le cours des matières, non seulement d'une manière passagère, mais pour longtemps. Pinguet se montre très satisfait que « dans les sept cas du mémoire de Verneuil, l'ampliation, obtenue par l'écraseur, persista encore au bout de deux, quatre, six et neuf semaines, sans le secours de la dilatation progressive.

Chassaignac (5) est du même avis, et croit que le rétré-

(1) Pinguet. Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques des rétrécissements du rectum. (*Th. Paris*, 1873.)

(2) Cérou. De la rectotomie linéaire. (*Thèse de Paris*, 1875.)

(3) Tison. Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire. (*Th. Paris*, 1877.)

(4) Albesco. De la rectotomie postérieure préliminaire. (*Th. Paris*, 1888.)

(5) Chassaignac. *Soc. Chirurgie*, 23 janvier 1873.

cissement, une fois divisé, doit se rétracter sur lui-même, et élargir constamment le calibre du rectum.

Cérou revient, deux ans plus tard, sur ces faits, et bien que, dans sept observations nouvelles, qu'il rapporte, il y ait cinq fois récidive, il n'en conclut pas moins que la « rectotomie externe est suivie de guérison durable dans la majorité des cas » ; pour lui, elle tarirait les écoulements et, malgré la section du sphincter, n'amènerait qu'une incontinence passagère.

Même enthousiasme dans le travail de Tison, qui prétend que l'opération de Verneuil « est capable de rendre aux parois de l'intestin leur souplesse et leur structure anatomique presque normales ».

Sonnenburg (1), au 26e Congrès de chirurgie allemande, proposa deux modifications importantes à la rectotomie externe ; pour pouvoir atteindre des rétrécissements plus haut situés, il résèque le coccyx et même une partie du sacrum, si cela est nécessaire ; et, pour éviter l'incontinence, il conserve le sphincter.

Il procède de la façon suivante : section sur la ligne médiane de tous les tissus jusqu'à l'os, depuis le sacrum jusqu'au bord de l'anus, résection du coccyx, puis du sacrum jusqu'au troisième ou quatrième trou sacré. On introduit alors le doigt dans le rectum, à travers le rétrécissement, aussi haut que possible ; on incise, à partir du bord supérieur du sphincter, toute la portion du rectum répondant au doigt ; puis, par la plaie ainsi produite, on essaie d'enfoncer le doigt ou, à son défaut, une sonde, jusqu'au-dessus de la sténose, et on sectionne les tissus petit à petit jusqu'à la lumière de l'intestin.

La blessure du péritoine ne serait pas à craindre jusqu'à la base même du sacrum, selon Sonnenburg, si on reste bien sur la ligne médiane. L'hémostase est toujours diffi-

(1) Sonnenburg. Beitrag. zur operativen Behandlung hochsitzender Mastdarmstricturen. (XXVI, Congrès de Chirurgie allemande, 21 avril 1897 et *Archiv. fur klinische Chirurgie*, 1897, lv, 713-745.)

cile, il engage à faire de la compression. Au bout de quarante-huit heures, on change le tamponnement.

Sonnenburg a employé ce procédé dans plusieurs cas. Voici le résumé d'une de ces observations qui montrera bien les résultats obtenus :

Femme de 23 ans, souffre en allant à la selle depuis l'âge de 16 ans, n'obtient des garde-robes qu'avec des purgatifs; à 4 cm. au-dessus de l'anus, sténose dure, annulaire qui n'est franchissable que par une sonde en étain; la muqueuse est infiltrée et ulcérée ; callosités périrectales. Opération le 28 février 1896; résection du coccyx et de la moitié gauche du sacrum, jusqu'au 3e trou sacré, incision des tissus infiltrés jusqu'au rectum; quoique l'extrémité supérieure du rétrécissement se trouve à 2 cm. au-dessus de l'os réséqué, on arrive à la sectionner avec un bistouri boutonné, de dedans en dehors; tamponnement de la plaie; puis, ultérieurement, dilatation journalière, la malade sort guérie le 22 mai, avec une petite fistule. En janvier 1897, le rectum permettait toujours l'introduction de grosses bougies, et la fistule était fermée définitivement.

Telles sont les différents procédés de rectotomie externe employés jusqu'ici : que faut-il penser de ce mode de traitement ?

Certes, la méthode de Verneuil constituait un notable progrès sur les moyens préconisés jusque-là. Opérant à ciel ouvert, le chirurgien voit exactement ce qu'il fait; de plus, les signes d'obstruction chronique qui ont amené l'intervention, cessent rapidement et les malades éprouvent un soulagement instantané ; mais, la rectotomie externe présente, par contre, un certain nombre d'inconvénients : elle supprime le sphincter, et bien qu'on répète que l'incontinence consécutive n'est que passagère, la lecture des observations prouve, comme l'a bien montré M. Lapointe, que, le plus souvent, le sphincter est devenu insuffisant au point de vue fonctionnel, à des degrés variables, depuis l'incontinence absolue, jusqu'à l'incontinence relative où les matières solides peuvent encore être retenues, et cela se conçoit aisément puisqu'il n'y a aucune chance de réunion entre les

extrémités du muscle divisé et que l'anus devient ainsi béant (1). M. Duplay (2), dans une clinique, s'est étendu, à propos d'une ancienne malade de Verneuil, sur ce grave défaut ; et M. Tillaux (3) n'est-il pas d'avis de laisser subsister une suppuration permanente plutôt que de condamner à une incontinence complète ?

Evidemment, le procédé de Sonnenbourg est bien préférable à celui de Verneuil, puisqu'il conserve soigneusement le sphincter ; mais, comme lui, il laisse une large plaie qui s'infecte fatalement, et met des semaines, sinon des mois, à se cicatriser.

C'est pour remédier à cet inconvénient que Péan (4) avait imaginé son autoplastie rectale qui a fait l'objet de la thèse de son élève Jacquinot (5). Il sectionne sur la ligne médiane tous les tissus, de la peau ano-coccygienne au rectum. L'incision doit intéresser, en outre, les tuniques intestinales sus-jacentes au rétrécissement sur 2 ou 3 centimètres au moins ; plus la sténose est serrée, plus cette dernière incision devra être longue ; la longueur de la plaie cutanée doit être sensiblement égale à celle de la plaie muqueuse. On se trouve alors en présence d'une surface cruentée, ayant la forme d'un losange, dont les côtés antéro-supérieurs sont constitués par les lèvres de l'incision rectale, et les côtés inféro-postérieurs par les lèvres de l'incision cutanée. On saisit alors avec une pince, à l'angle supérieur du losange, les parois rectales, on les abaisse et on les suture avec du crin de Florence, à l'angle inférieur ou cutané de la plaie ; quelques autres points de suture assurent l'affrontement muquo-cutané dans le reste de la plaie ; l'abaissement est,

(1) Signalons à ce propos que M. Prengrueber (*Bulletin médical*, 1888), a essayé de suturer secondairement le sphincter et aurait obtenu un résultat partiel par cette rectoraphie postérieure.

(2) Duplay. *Semaine médicale*, 1892.

(3) Tillaux. *Traité de Chir. clin.*, T. II, p. 607.

(4) Péan. *Bulletin médical*, 13 novembre 1889, p. 1387.

(5) Jacquinot. Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien. (*Th. de Paris*, 1890.)

en général, facile, les tuniques du rectum étant très mobiles sur les parties sous-jacentes ; si le rectum est adhérent aux tissus voisins, il faudra le libérer minutieusement pour qu'il n'y ait pas de tiraillement dans la réunion. Ainsi, la plaie se trouve protégée contre le contact des matières septiques et la présence d'une muqueuse normale sur la paroi postérieure du rectum est un empêchement à la rétraction des tissus en ce point.

Mais, tous ces procédés, quoique supérieurs à la rectotomie linéaire de Verneuil, sont impuissants, comme elle, à supprimer la suppuration qui est souvent une des plus grandes souffrances des malades.

Carré, dans sa thèse, en a réuni un certain nombre d'exemples très probants. Citons l'observation rapportée par M. Quénu (1) et qui est d'autant plus frappante qu'il s'agit d'un malade opéré par Verneuil lui-même :

M...., âgé de 28 ans, employé chez un dentiste. A l'âge de 25 ans, il éprouvait de grandes difficultés pour aller à la garde-robe et présentait des écoulements sanguinolents et glaireux. M. Verneuil lui fit une rectotomie linéaire en octobre 1887, ce qui lui procura un grand soulagement et supprima ses hémorrhagies pendant 15 mois, mais *ne lui fit jamais disparaître son écoulement muco-purulent.* Depuis 15 mois, les saignements ont reparu, la défécation est devenue moins facile, nécessitant l'emploi régulier de la rhubarbe; il y a quelques mois, un abcès se forma et s'ouvrit dans le rectum. Aujourd'hui, le malade est bien loin de la guérison; on peut, sans doute, introduire le doigt assez haut dans l'intestin, mais celui-ci est rigide, inextensible, hérissé de saillies dures et de granulations; toute la région ano-rectale est rouge, condylomateuse, la *suppuration est continuelle et nécessite un pansement biquotidien.*

Si nous envisageons maintenant les résultats éloignés de la rectotomie externe, nous verrons qu'elle est loin d'être l'opération « innocente, facile et efficace », dont parlait Ver-

(1) Quénu. *Bullet. et mémoires de la Société de Chirurgie,* 25 février 1891.

neuil (1). Sa mortalité immédiate est évidemment minime, puisque, sur les 68 cas rapportés par M. Lapointe, on ne compte que 6 morts, dont 2 (Stafford et Trélat) dues à une cause indépendante de l'opération ; mais, chez 10 autres malades, la rectotomie externe a été impuissante à enrayer les progrès de la tuberculose ou de la cachexie; par suite, cette méthode est absolument à rejeter dans tous les cas où la tuberculose peut être suspectée.

Elle présente, de plus, un autre défaut, c'est qu'elle a toujours besoin d'être suivie et complétée par la dilatation, si on veut obtenir un résultat temporaire.

Mais ce qui est encore bien plus grave, c'est que la rectotomie externe, avec tous ses inconvénients, n'arrive même pas à préserver d'une récidive, récidive qui peut être très prompte, comme dans le cas de Le Dentu (2). Nous voyons, en effet, d'après les recherches de Lachowski (3) et celles plus récentes de Lapointe, que, sur 60 malades dont 26 ont pu être suivis plus d'un an, il y a 18 récidives, soit plus de 70 0/0, et on n'a à leur opposer que 5 guérisons constatées de un à quatre ans après l'intervention ; peut-être même ces guérisons n'ont-elles été que momentanées. On conçoit aisément que le rétrécissement se reproduise, les causes qui l'ont amené, à savoir : la présence d'un tissu rétractile dans la paroi rectale, n'ont point disparu ; la perte de substance déterminée par l'opération est comblée par du tissu cicatriciel très rétractile ; aussi, d'après Gauran (4), la récidive se présenterait-elle avec une aggravation fréquente de l'état antérieur.

Il nous semble donc que la rectotomie externe ne mérite guère la fortune extraordinaire qu'elle eût à un certain mo-

(1) Verneuil. *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 4 décembre 1894.

(2) Le Dentu. Clinique de l'Hôtel-Dieu. (*Gazette des Hôpitaux*, 1875, p. 1044.)

(3) Lachowski. Résultats éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Thèse Paris*,

(4) Gauran. Des rétrécissements syphilitiques du rectum, leur 1895.)
traitement par l'extirpation. (*Thèse de Lyon*, 1892-1893.)

ment ; du reste, elle est mise de côté, à l'heure actuelle, par la plupart des chirurgiens (1), à cause de ses inconvénients multiples et de son peu d'efficacité, puisqu'elle est impuissante à prévenir les récidives et qu'elle laisse les malades succomber inévitablement aux conséquences de leur mal. Elle n'offre même plus les avantages qu'elle présentait au moment de sa naissance ; elle est, en effet, remplacée avec succès dans des cas d'occlusion aiguë par la colotomie, et elle est inutile dans les autres cas. Comme elle doit toujours être suivie de dilatation, on préfère, dans les rétrécissements justiciables de la dilatation, se dispenser d'une intervention sanglante et commencer aussitôt le passage des bougies. A tous ses défauts, s'ajoute encore celui d'être absolument sans action sur la rectite, bien plus, elle ne fait, en ajoutant une surface cruentée de plus, qu'augmenter encore la suppuration.

Nous devons rapprocher des rectotomies, une opération pratiquée par Watkins (2) et qui nous a semblé être unique jusqu'à présent; et une intervention de Leuk (3) qu'il a décrite dans le *Berliner klinischer Wochenschrift* de 1905.

Dans le cas de Watkins, il s'agissait d'une femme de 33 ans, présentant un rétrécissement de la portion inférieure du rectum d'origine syphilitique. Elle fut opérée en 1899 par une incision périnéale de la cloison recto-vaginale; un mois plus tard, le périnée déchiré fut restauré. Trois ans après, en 1902, le rectum était de nouveau rétréci depuis l'anus jusqu'au niveau du col de l'utérus et admettait à peine l'index. Watkins fit une incision périnéale médiane de la cloison recto-vaginale, de sorte que le rectum et le vagin ne faisaient plus qu'un; il sutura la mu-

(1) Cependant, MM. Méans et Howley l'ont encore préconisée avec suture des lèvres de la plaie au 53e Congrès de l'Association médicale américaine. (*J. Am. med. Ass.*, Chicago, 4 octobre 1902, 817-826.)

(2) Watkins (T .-J.). Opération pour rétrécissement du rectum chez les femmes. (*Am. J. Obst.*, N.-York, 1902, XCVI, 474-478, 7 figures.)

(3) Leuk. Une nouvelle opération palliative pour les rétrécissements du rectum. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 26 juin 1905.)

queuse rectale à la muqueuse vaginale au catgut fin. Il attendit la cicatrisation de la plaie et, quatre mois après, refit une nouvelle cloison à l'aide de deux lambeaux postérieurs pour former la portion antérieure du rectum et de deux lambeaux antérieurs qui, réunis, constituaient la paroi postérieure du vagin. Surjet à la soie des lambeaux postérieurs, la suture commence au bout de l'incision, près du col utérin, traverse les bords des deux lambeaux postérieurs et sort par la peau, à côté de l'anus. Une suture superficielle ferme complètement l'incision rectale et une suture en huit de chiffre, réunit les lambeaux antérieurs et le tissu sous-vaginal. Restauration du sphincter de l'anus par rapprochement des deux moitiés. Réunion des téguments du périnée comme dans un périnéorraphie.

Watkins présenta cette opération à la Société Gynécologique de Chicago comme une nouvelle méthode pour traiter les rétrécissements du rectum chez la femme. Malheureusement, l'opération ne datait que de huit jours quand elle fut publiée, et on ne sait rien du résultat ultérieur ; de plus, il est difficile de se prononcer sur une observation isolée.

L'observation de Leuk a trait à une femme syphilitique de 34 ans, déjà traitée par la dilatation à l'aide de bougies en 1894. Depuis, elle ne va plus à la selle qu'avec des purgatifs. Quand Leuk la voit, le 4 juin 1902, il constate un rétrécissement annulaire situé à 4 cm. 5 de l'anus et laissant à peine passer le Trousseau n° 3 (diamètre, 1 centimètre). Muqueuse saignant fortement au-dessous. On essaye la dilatation par les bougies trois fois par semaine; puis deux fois par des laminaires; une fois par une éponge à dilater sans aucun résultat. En juin 1903, la sténose augmente et ne laisse plus passer qu'un Trousseau de 7 à 8 millim. Coliques permanentes, ténesme, suppuration abondante.

Avant l'intervention, purgatifs, puis opium, lavage la veille à l'eau oxygénée. On enfonce dans la partie rétrécie un tampon de gaze iodoformée pour que les matières ne viennent pas souiller le champ opératoire.

Le 18 juin 1903, anesthésie locale; on introduit un spéculum ani, et on excise à droite un morceau de la tunique interne et du tissu scléreux sous-jacent suivant une profondeur de 1 cen-

timètre et 1 cm. 5 de largeur ; aussitôt après, on peut ouvrir bien plus largement le spéculum; tamponnement, hémorrhagie assez forte.

Le lendemain, même pratique du côté gauche.

Au bout de cinq jours, la malade a une selle spontanée.

Deux ans se sont écoulés depuis, la malade a chaque jour des selles normales, spontanées, sans coliques, plus de rectite.

Le rétrécissement qui s'était agrandi du double après l'intervention, ne fut pas amélioré par la dilatation ni par huit injections du thiosinamine (substance qui, pour les Allemands, aurait la propriété d'assouplir les cicatrices (1).

Leuk a pratiqué deux autres fois, avec d'aussi bons résultats, cette opération ; il insiste sur son innocuité, sur la diminution de la rectite et le relèvement de l'état général qu'elle procure, sur la conservation du sphincter et la possibilité de défécation spontanée sans douleurs qu'elle donne.

Malgré ces résultats que rapporte Leuk, nous ne devons pas oublier que son procédé détermine une plaie dans un milieu aussi infecté que le rectum, et expose à tous les dangers dont nous avons parlé, à propos de la rectotomie interne : septicémie, suppuration interminable ; de plus, il n'agira en rien sur la rectite, et l'augmentera peut-être même et ne mettra pas à l'abri d'une récidive. Nous pensons donc qu'il vaudra mieux s'abstenir de recourir à ce mode de traitement.

C'est aussi de la rectotomie qu'il nous faut rapprocher le procédé tout spécial employé par Ribeira y Sans (1), dans deux cas. Après une rectotomie, il fit un anus sacré, il aurait obtenu ainsi deux guérisons.

Dans l'une de ses observations, il s'agissait d'un homme de 30 ans, qui eut, à l'âge de 15 ans, une blennorrhagie avec orchite ; et la syphilis à 26 ans. Depuis deux ans, il ressent les premiers symptômes de son affection rectale ; douleurs vives survenant spontanément et pendant la défécation : phlegmon péri-

(1) Ribeira y Sans. Procedimiento operatorio para las estrecheces no cancerosas del recto. (*Rev. de med. y cir. pract.*, Madrid, 1898, XLIII, p. 60-63.)

anal qui est incisé sans résultats favorables. Au toucher rectal, trajet fistuleux, et rétrécissement annulaire très prononcé qui ne permet pas le passage du doigt ; ulcérations provoquant de petites hémorrhagies.

Autour de l'anus, condylomes syphilitiques. Pendant 15 jours, traitement mercuriel intensif, à la suite duquel on décide une intervention qui est faite le 26 octobre 1897. *Premier temps :* extirpation du coccyx. *Deuxième temps :* rectotomie postérieure; on est obligé de remonter jusqu'au fond du sac périnéal supérieur pour rencontrer du tissu rectal sain. A ce moment, on découvre alors sur la face interne du rectum quelques trajets fistuleux. *Troisième temps* : rectostomie ; suture de la plaie rectale à la plaie cutanée. Les suites opératoires furent bonnes; pas d'élévation de température; pas le moindre trouble. Dès le troisième jour, de l'opération, les bords de la plaie deviennent violacés et œdémateux. Le traitement spécifique suspendu pendant l'opération est repris : iodure de potassium et frictions mercurielles. Guérison du rétrécissement rectal et des lésions de la marge de l'anus.

RECTOPLASTIE

A côté de la rectotomie externe, nous devons placer une méthode toute analogue qui n'en diffère que parce qu'on suture la plaie opératoire par un procédé spécial : c'est la rectoplastie. Elle est absolument calquée, comme technique, sur la pyloroplastie de Heinecke-Mickulicz et consiste à faire une incision verticale du rétrécissement et à la transformer en une suture horizontale, le calibre du rectum est ainsi augmenté de toute l'étendue de la suture.

C'est Schwartz (1) qui, le premier, eut l'idée de faire cette opération en 1894, il aborda le rectum par sa paroi postérieure.

Il s'agissait d'une malade qui se plaignait d'une constipation opiniâtre; trois mois avant son entrée, s'étant servie, pour son lavement, d'une canule appartenant à une personne malade, elle fut prise, à la suite, d'élancements douloureux dans la région ano-rectale, surtout au moment de la défécation; en même temps, sa constipation devenait encore plus rebelle. Pas de symptômes de rectite. Au toucher, à 4 cm. de l'anus, on sentait un rétrécissement très net, le rectum s'arrêtait là en un cul-de-sac, au centre duquel on percevait un tout petit orifice, permettant à peine de passer le bout de l'ongle. Au-dessous de la sténose, le rectum est absolument intact, sans adhérence aucune au-dessus, la paroi présentait des boursouflures, formant sur la muqueuse, une surface irrégulière. M. Schwartz fait l'antisepsie intestinale, en administrant du naphtol à sa malade, puis un grand lavage rectal avant l'opération. Il incise le repli interfessier depuis la pointe du coccyx jusqu'à 2 ou 3 centimètres de

(1) Schwartz. *Presse médicale*, 1894, p. 301.

l'anus, afin de ne pas couper le sphincter, il arrive sur le rectum, qu'il sectionne au niveau du rétrécissement, avec le doigt introduit par l'orifice anal; puis, par la fenêtre ainsi produite, il coupe verticalement la paroi rectale antérieure; il transforme ensuite, par la suture, son incision verticale en incision transversale, la sténose est ainsi complètement supprimée; il laisse la plaie ouverte en arrière comme soupape de sûreté; tamponnement à la gaze iodoformée. Le huitième jour, la malade va à la selle, un peu de matière passe le long de la mèche iodoformée; au quinzième jour, tout est fermé.

Sokoloff (1) fit, quatre ans plus tard, une rectoplastie, sans avoir connaissance du cas de Schwartz. Il reproche au procédé de rectotomie externe de Sonnenburg la communication entre la plaie et le rectum. L'idée de la rectoplastie lui est venue en suturant une perforation rectale à la suite d'un abcès rétro-rectal tuberculeux ; il concède que cela doit être moins facile dans les rétrécissements où les parois sont infiltrées et friables, mais il ne voit aucun risque à courir, les fils couperont et rien de plus. Sokoloff aussi se proposa d'atteindre le rectum par voie postérieure.

Il se décida à mettre son idée en pratique à propos de la malade dont voici l'observation résumée:

M..., 31 ans, chanteuse, entre à l'hôpital le 31 décembre 1897, — en 1892, on lui incisa un abcès de la marge — un an après, douleurs à la défécation; malgré les drastiques, il n'y a plus que les selles liquides qui s'évacuent; amaigrissement considérable, signes de petite occlusion. Le toucher rectal n'est possible qu'avec du chloroforme et montre une sténose serrée, qui commence à 6 cm. au-dessus du sphincter externe; paroi rectale infiltrée, le doigt ne peut franchir le rétrécissement, seule une fine bougie peut le faire; une grosse masse de sang et de matières fécales sortent à la suite de l'exploration. Température 38°; on fait la dilatation systématique avec des bougies et des applications d'iodure de potassium; on constate une grande

(1) Sokoloff (N.-H.). Eine neue Modification der operativen Behandlung syphilitischen Mastdarmstricturen. (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1898, n° 24, p. 619.)

amélioration. Mais, la dilatation étant suspendue quelque temps, le rétrécissement revient. Sokoloff, devant ce résultat, propose une rectotomie externe modifiée. Le 18 avril 1898, incision de Kraske, résection du coccyx et de la moitié gauche du sacrum jusqu'au 3e trou sacré; la fusion du rectum avec les tissus environnants empêchait le dégagement de celui-ci; on introduit un dilatateur dans le rectum, et on le fait bomber dans la plaie, — on incise sur lui — abondante hémorrhagie ; la sténose a 2 cm. 5 d'épaisseur, son tissu est plus ferme en haut et crie sous le couteau. Incision à travers le rétrécissement qui a 5 cm.; son bord supérieur répondait au bord du sacrum. Après la section, le doigt et les plus grosses bougies passent facilement. Malgré l'épaississement, la masse incisée était assez mobile et l'auteur s'efforce de réunir transversalement les bords de la plaie. Il fait quelques essais infructueux, les fils coupant, il les place plus profondément et arrive au résultat. Il s'assure une dernière fois de la largeur suffisante de la lumière rectale. Tamponnement. Suites normales. Au bout de 14 jours, une selle, et, après lavage avec une solution colorée, on voit un léger suintement à travers la plaie. Le 9 mai, trois semaines donc après l'intervention, selle normale, la fistule est fermée; le 11 mai, une bougie de 2 cm. d'épaisseur passe très aisément, on ne passe pas encore de plus gros numéros par précaution.

Howard A. Lothrop (1) eut l'occasion, en 1903, de faire aussi une rectoplastie, mais au lieu de passer par la voie postérieure, il préféra décoller le vagin du rectum et aborder le rétrécissement par en avant.

Femme de 53 ans, admise à l'hôpital de Boston, le 23 novembre 1903. Vingt ans auparavant, abcès ischio-rectal volumineux qui se résorba sans intervention chirurgicale. Depuis douze ans, constipation opiniâtre ; à cette époque, elle ressentit subitement, en allant à la selle des douleurs violentes dans le rectum ; elle pensa que quelque chose « s'était déchiré »; peu de jours après, elle eut des selles douloureuses enrobées de sang et de mucus; elle est forcée d'user de purgatifs de plus en plus forts. Déféca-

(1) Howard A. Lothrop. Rétrécissement du rectum, opération plastique. (*Boston M. et S. J.*, 1905, c. l. II, 477-480.)

tion très difficile depuis cinq ans. Pas d'antécédents syphilitiques. Cinq enfants, le dernier, il y a quatorze mois.

A l'examen, on trouve à deux pouces de l'anus une membrane résistante barrant le rectum. C'est une masse lisse, ferme, ne saignant pas, paraissant être du tissu cicatriciel, dans laquelle on peut passer le bout du doigt, ou une bougie à boule n° 18, mais alors en provoquant une légère hémorrhagie. Les fèces ne sont jamais plus grosses qu'un crayon. Le canal anal est normal, les deux sphincters présentent leur degré de résistance habituel.

D'après l'anamnèse et l'examen, on a affaire à un rétrécissement annulaire du rectum, d'origine inflammatoire, sans caractère de malignité. Une opération plastique suffirait pour amener une guérison complète.

Opération. — Pendant plusieurs jours, régime liquide sans lait et purgatifs pour nettoyer l'intestin. Irrigation du vagin et du canal pour assurer une asepsie aussi complète que possible. Anesthésie à l'éther dans la position de la lithotomie. Dilatation du sphincter de l'anus pour le paralyser temporairement. Incision de 3 pouces de long antérieure à l'anus et traversant le périnée, concave antérieurement, et se terminant près du débouché des glandes de Bartholin. Dissection de la paroi vaginale en haut et en avant sur une longueur de 3 pouces pour mettre à nu la paroi antérieure du rectum, comme dans la colporrhaphie postérieure par le procédé de Tait. Hémorrhagie modérée. Une bougie à boule n° 18 est passée dans le rétrécissement ; sur son extrémité qui appuie sur la paroi rectale dans la plaie, on coupe au bistouri et l'incision est prolongée verticalement d'un pouce et demi, de façon à pouvoir explorer le rectum au-dessus du rétrécissement. On découvrit alors une masse de tissu fibreux uniforme, circulaire, de 3/4 de pouce d'épaisseur, formant une sorte de diaphragme horizontal en travers de la partie inférieure du rectum. L'ouverture se trouvait à la partie antérieure du diaphragme. On laissa la bougie en place en la recourbant en forme de crochet dans le but d'exercer une traction. On incisa alors le rétrécissement verticalement sur une longueur de deux pouces et demi. Le bord du rétrécissement était légèrement ulcéré. Il ne présentait aucun symptôme d'affection maligne. Le tissu cicatriciel paraissait comprendre toutes les couches du rectum. Passant par l'incision verticale, on en fit une seconde, verticale aussi, de 2 pouces de long, sur la ligne médiane de la

paroi postérieure du rectum à travers le rétrécissement. Libération de la paroi du rectum dans le voisinage de cette incision. On rapprocha facilement les extrémités supérieure et inférieure de cette incision verticale postérieure, qui fut suturée par cinq points de catgut. Suture de l'incision antérieure horizontalement de la même façon. Pendant l'opération, on ne fut pas gêné par l'apparition de matières fécales dans le rectum. De temps en temps, on irriguait la plaie avec une solution saline. Suture de l'incision périnéale par le procédé de Tait et de l'incision externe, par six points à la soie. Le calibre du rectum, à la suite de l'opération, était de 3 doigts au point rétréci. Tamponnement du rectum avec trois drains reliés par de la gaze iodoformée, le tout recouvert de tissu caoutchouté pendant quatre jours.

Durée de l'intervention : une heure.

Suites opératoires normales ; on enleva le drainage rectal, le quatrième jour ; irrigations boriquées chaudes. Les sutures tiennent bien. L'examen digital laisse à peine découvrir les deux lignes de suture horizontale dans le rectum; au bout de huit jours, les selles deviennent régulières, continence normale.

Treize mois après, la malade est en parfaite santé, selles normales et régulières, cependant parfois un peu de sang. Une fois tous les deux mois, elle se fait dilater pour empêcher une rétraction cicatricielle. Après l'opération, on pouvait facilement passer trois doigts; actuellement, les mêmes doigts passent,mais avec une certaine difficulté, on sent la ligne de suture comme une légère bande contracturée.

Nous n'avons pu réunir dans toute la science que ces trois cas de rectoplastie (1); cette opération est évidemment très séduisante au point de vue théorique : elle a l'immense avantage sur la rectotomie externe de supprimer la longue cicatrisation et la longue suppuration de la plaie et de ne pas léser le sphincter. Donne-t-elle pratiquement des résultats avantageux ? Il est assez difficile de se prononcer sur ce point, car nous ne savons ce que sont devenues les malades de Schwartz et de Sokoloff, dont les observations ont été

(1) Howard A. Lothrop cite bien aussi un cas de Williams, de Melbourne, mais sans aucune indication et nous n'avons pu retrouver ce travail.

publiées presque immédiatement après l'intervention. L'opérée de Lothrop était restée guérie treize mois après, ce qui est très appréciable ; mais, cependant, Lothrop déclare qu'il faut continuer la dilatation par les bougies pendant un temps indéterminé pour prévenir une nouvelle sténose. C'est évidemment cette récidive *in situ* qui est surtout à craindre dans les opérations de ce genre ; de plus, les cas de rectoplastie sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse porter un jugement définitif. Il nous semble, cependant, que cette méthode peut rendre des services dans les rétrécissements non adhérents et sans suppuration, comme dans les trois observations que nous venons de rapporter, mais, nous aurions moins de confiance en son efficacité dans les sténoses adhérentes, à tissus très infiltrés, où les fils couperaient sans cesse, et la suture ne tiendrait pas ; et surtout dans les sténoses accompagnées de rectite, car la rectoplastie ne saurait avoir d'influence sur cette dernière.

SIGMOÏDO-RECTOSTOMIE

Découragé par les nombreux cas de rétrécissements du rectum qu'il avait traité sans succès, Bâcon (1) chercha une méthode nouvelle qui pût donner des résultats durables, et crut l'avoir trouvée en détournant le cours des matières et en mettant ainsi au repos le segment rectal malade, par l'anastomose de l'S iliaque avec la portion sous-jacente à la sténose.

Après des expériences sur des chiens, il opéra sa première malade en 1894 par la technique suivante. Laparotomie médiane sous-ombilicale, la branche mâle d'un bouton de Murphy est placée dans le point de l'anse sigmoïde qui va servir à l'anastomose, la branche femelle est introduite par l'anus, montée sur une pince-trocart avec laquelle on perfore la paroi du rectum au-dessous du rétrécissement. La tige du bouton apparaît dans l'abdomen et est saisie par l'opérateur qui la réunit à la branche mâle et établit ainsi l'anastomose. Quelques sutures entre les deux portions unies empêchent toute anse grêle de s'engager. Le bouton est expulsé au bout de 5 à 7 jours ; on introduit alors un clamp à travers l'anus, l'une des branches s'engage dans la boutonnière créée, l'autre dans le rétrécissement ; on serre les mors et on écrase ainsi la cloison qui les sépare,

(1) Joseph B. Bacon. A new operation for the cure of strictures of the rectum and sigmoid. (*Mathew's medical quaterly*, Louisville, 1894, T. I, p. 1 (cité par MM. Quénu et Hartmann, Chirurgie du rectum, T. I, p. 318), et Non malignant strictures of the rectum. (*The medical and surgical Reporter*, 1898, Marsh, Philadelphie.)

jusqu'à ce qu'elle soit détruite complètement ; le calibre rectal est alors très agrandi.

Si le rétrécissement descend jusqu'au niveau du sphincter interne, Bacon conseille une opération analogue par voie sacrée : le rectum est libéré au-dessus du rétrécissement, l'anse sigmoïde est anastomosée au-dessus de la sténose, la plaie péritonéale est alors suturée au bord de l'intestin.

Ruth (1) suit presque un manuel opératoire identique, mais se sert d'un bouton de Murphy plus grand et ne pratique pas l'écrasement de la cloison. Le procédé de Bacon n'est applicable qu'aux rétrécissements haut situés, toujours au-dessus du repli de Douglas, et ne répond donc pas à tous les cas ; aussi Rotter (2) dut-il le modifier profondément pour essayer une sigmoïdo-rectostomie extra péritonéale. Après l'ouverture du ventre, il divise au thermocautère, entre 2 ligatures, l'S iliaque au niveau de sa continuation avec le rectum ; il entoure le bout supérieur d'une compresse de gaze iodoformée, il ferme en l'invaginant le bout inférieur qu'il exclut ainsi, puis recouvre son incision abdominale de compresses stériles. Il place ensuite la malade dans la position de la taille, incise transversalement le septum recto-vaginal et décolle, depuis le périnée jusqu'au cul-de-sac de Douglas. « ce qui est facile, même dans les cas de vieux rétrécissements », dit-il. Il amène ensuite le bout de l'S iliaque, après l'avoir mobilisé par une encoche dans le mésentère, à travers le Douglas jusqu'à l'espace recto-vaginal, l'implante dans la paroi rectale entre le sphincter et la sténose par une suture d'abord de la muqueuse, puis des autres plans ; si la stricture est trop près du sphincter, Rotter n'hésite pas à en inciser une partie pour faire une large bouche. Tamponnement à la gaze iodoformée de l'espace recto-vaginal.

(1) Ruth (C.-E.). The murphy button : report of clinical lecture and demonstration of Bacon's rectal stricture anastomosis. (*Matthews quaterly Journal*, Louisville, 1894, T. I, p. 540.)

(2) Rotter. Die sigmoideo rectostomie, ein neues Verfahren zur Beseitigung von Mastdarmstricturen. (*Arch. f. klinische Chirurgie*, T. LVIII, 1895, p. 334.

Ries (1) fit, sans avoir eu connaissance du procédé de Rotter, une opération tout à fait analogue. Seulement il commença par l'incision périnéale, et ce n'est qu'en voyant qu'il ne pouvait pas, par là, arriver sur l'intestin sain, qu'il se décida à faire une laparotomie.

Schloffer (2) quelques années plus tard, en présence d'une malade chez laquelle il était impossible de faire la sigmoïdo-rectostomie de Bacon à cause de l'étendue des lésions qui allaient depuis 2 centimètres au-dessus du sphincter jusqu'au point où l'anse sigmoïde croise la ligne médiane du corps ; imagina une technique qui dérive un peu de celle de Rotter. Il n'avait pas voulu employer cette dernière, craignant d'infecter sa malade en attirant le bout supérieur de l'anse sigmoïde sectionnée, de la cavité péritonéale jusqu'au périnée. Schloffer procéda de la façon suivante : il commença par faire une laparotomie pour se rendre compte de l'état du segment malade, puis fit une incision périnéale contre le sphincter à gauche; il ouvrit le péritoine qu'il repoussait par l'abdomen en bas, puis attira dans le canal ainsi formé et le plus bas possible, la paroi supérieure de l'anse sigmoïde non sectionnée comme dans le cas de Rotter. Les sutures étant trop difficiles à faire, il employa le bouton de Murphy : la première portion est fixée sur l'anse sigmoïde par l'abdomen, la deuxième est introduite par l'anus et fixée dans la paroi rectale gauche au-dessus du sphincter, on unit les deux pièces et on complète l'anastomose par quelques points de sécurité. Tels sont les divers procédés employés jusqu'ici pour faire cette anastomose recto-sigmoïde.

Quels résultats ont-ils donnés ? Bacon a pratiqué 12 fois la sigmoïdo-rectostomie intra-péritonéale par simple anastomose latérale, tous ses malades ont guéri sans sérieuses complications ; il insiste sur le drainage systématique pour éviter que l'infection qui existe souvent à un faible degré,

(1) Ries. *New-York médical journal*, décembre 1902 et analysé dans le *Centralblatt fur Chirurgie*, 1903, p. 373.

(2) Schloffer (H.). Zur operativen Auschaltung entzündlichen Mastdarmstricturen. (*Beitrage fur klinische Chirurgie*, Tubingen, 1901, XXXI, 643-655, 6 figures.)

ne se généralise. Le premier malade, opéré depuis 14 mois, avait engraissé de 30 livres, et avait un orifice large et libre à la place de son rétrécissement très serré ; chez sa dernière opérée, « la plus grande partie du tissu fibreux a disparu, il y a une large ouverture, entre le rectum et l'anse sigmoïde, suffisante pour le passage des matières solides et bien moulées. L'ulcération au-dessus du rétrécissement est sérieusement améliorée et probablement disparue, ce qui a pour corollaire la cessation des écoulements purulents. »

Rotter a, sur 3 femmes, implanté l'S iliaque dans la portion extra-péritonéale du rectum ; il a perdu une malade le sixième jour de péritonite, parce qu'il avait omis d'entourer d'une compresse le bout iliaque pendant son passage du Douglas à l'espace sus-sphinctérien. Les deux autres malades ont guéri, mais sans que leurs masses fibreuses disparaissent comme dans l'observation de Bacon ; les douleurs cruciales et la sécrétion des glaires sanguinolents ont persisté chez l'une ; chez la seconde, l'écoulement purulent a beaucoup diminué. Mais dans les deux cas, la défécation se fait normalement sans douleurs, avec une continence parfaite. L'anastomose n'a aucune tendance à se rétrécir depuis 16 mois.

Dans le cas de Ries, la guérison fut aussi obtenue ; 5 ans après la malade est revue, elle a engraissé de 58 livres, n'a pas d'incontinence, plus de sécrétion purulente, et va à la selle chaque jour sans aucune douleur.

L'opérée de Schloffer a aussi guéri, mais avec plus d'incidents. La bouche anastomotique qu'il avait obtenue au moyen du bouton de Murphy (1er février) n'était pas déjà trop grande et elle se rétrécissait de jour en jour après l'intervention, aussi Schloffer fut-il obligé de broyer l'éperon pour agrandir l'orifice de communication, il n'y arriva qu'avec les plus grandes peines, et en s'y reprenant à plusieurs fois (26 février au 18 mars), ses pièces dérapant sans cesse ; la malade eut de la péritonite diffuse, des symptômes d'occlusion et faillit mourir. Malgré cela, 3 mois après, (juillet), l'anastomose ne laissait plus passer que le bout de l'index, et on dut la dilater ; au bout de 14 jours, elle

s'était considérablement élargie. Schloffer n'a pas vu comme Bacon, le ramollissement des masses cicatricielles se produire ; bien loin de là au contraire : 2 mois après, la sténose était devenu absolument infranchissable alors qu'elle ne l'était pas auparavant; mais au grand contentement de la malade, la continence était parfaite, et l'abondante sécrétion purulente était complètement tarie.

Que doit-on penser de la sigmoïdo-rectostomie comme thérapeutique des rétrécissements du rectum et quelle technique doit-on employer pour la pratiquer ? Cette question de la valeur des anastomoses entéro-rectales est très complexe, elle est actuellement tout à fait à l'ordre du jour (1) et a fait l'objet d'une discussion très serrée au point de vue du cancer de l'intestin, à la Société de Chirurgie (2).

Un certain nombre de chirurgiens comme MM. Demoulin, Terrier, Guinard, Picqué sont très partisans de cette méthode qu'ils considèrent comme une solution avantageuse et bien préférable à l'anus iliaque, puisqu'elle laisse les sphincters intacts et assure la continence des matières.

Notre maître M. Quénu, et M. Hartmann ont insisté à juste titre, sur les dangers opératoires de ces observations. Rotter a perdu une malade sur ses 3, et Schloffer a cru un certain nombre de jours que son opérée allait mourir de péritonite ou d'occlusion. M. Chaput, a dans un cas très difficile, vu l'anse sigmoïde se rompre pendant la dissociation des adhérences (3) et sa malade a succombé, six jours après, de péritonite.

On voit donc que l'abouchement de l'anse oméga dans le rectum peut être comptée comme une intervention grave, et cela se conçoit aisément étant données, d'une part, l'extrême friabilité des parties malades et la sclérose du tissu cellulaire péri-rectal, et, d'autre part, l'extrême profondeur des organes sur lesquels on travaille.

(1) Godineau. De l'entéro-rectotomie. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(2) Bulletins et mémoires de la *Société de Chirurgie*, 25 octobre, 5 décembre 1905.

(3) Voir notre observation 10 que nous devons à l'extrême obligeance de M. Chaput.

La technique à employer variera, suivant les cas, le procédé de Bacon est de beaucoup le plus simple, mais il a le grave inconvénient de ne pouvoir s'appliquer qu'aux rétrécissements très haut situés ; aussi la plupart du temps sera-t-on forcé de s'adresser à la voie abdominale-périnéale.

La méthode très ingénieuse, imaginée par Rotter a l'avantage de mettre au repos complet la portion immédiatement située au-dessus de la sténose, et la sténose elle-même, puisqu'en faisant l'exclusion de ce segment, il est assuré que le contenu intestinal ne pourra plus y pénétrer ; mais la façon dont Rotter fait passer, entouré de gaze, le bout supérieur de l'S iliaque du Douglas dans l'espace recto-vaginal, est dangereuse, car elle expose à l'infection, c'est ainsi qu'il a perdu une malade. De plus on ne peut employer cette technique dans les cas où ce méso de l'anse oméga est très court, car il faudrait alors l'entailler pour pouvoir descendre l'anse, ce qui amènerait des troubles de nutrition et prédisposerait à la gangrène de l'S iliaque abaissée ; aussi Schloffer dut-il prendre la partie toute supérieure de l'S iliaque pour pouvoir l'approcher du rectum, au lieu de faire une anastomose termino-latérale, il en fit une latéro-latérale, ce qui lui permit d'avoir une bouche aussi large qu'il voulut, et il ne pratiqua pas l'exclusion de la portion sus-stricturale. Schloffer reconnaît que son procédé met moins à l'abri que celui de Rotter du passage des matières du côté du rétrécissement, mais il croit que c'est là une idée plus théorique que pratique, cependant M. Hartmann (1) a rapporté un cas qui est en contradiction nette avec les assertions de Schloffer.

M. Chaput (2) a insisté tout récemment sur la facilité que l'on avait à faire une sigmoïdo-rectostomie par une incision sacrée, son observation est encore trop isolée pour que là l'on puisse porter un jugement sur cette voie d'accès qui pourra peut-être rendre des services.

La technique de l'anastomose a varié suivant les auteurs :

(1) Hartmann. *Société de Chirurgie*, 8 novembre 1905.
(2) Chaput. *Société de Chirurgie*, 29 novembre 1905.

tandis que Bacon et Schloffer se sont servis du bouton de Murphy ; Rotter, Ries, Chaput ont fait des sutures.

Evidemment, les sutures sont quelquefois fort difficiles à faire, étant donnée la profondeur des organes sur lesquels on opère ; le bouton de Murphy surtout avec l'emploi de la pince de Lardennois se place au contraire très simplement, mais il a un grave inconvénient, c'est de ne pas donner une bouche suffisamment large, et c'est justement là un des écueils de la sigmoïdo-rectostomie. Dans son cas, Schloffer est forcé à plusieurs reprises d'essayer d'agrandir l'anastomose ; après de vaines tentatives il y parvient, mais sa malade est prise de phénomènes péritonéaux très intenses.

Savariaud, dans ses observations signale aussi le rétrécissement de la bouche. Aussi croyons-nous avec MM. Guinard, Tuffier, Delagénière, que la suture est toujours préférable au bouton de Murphy parce qu'elle est plus sûre, et que, de plus, elle permet de faire une bien plus large bouche dont le rétrécissement ne sera plus à craindre.

Il nous semble donc que la sigmoïdo-rectostomie est une opération très ingénieuse et très intéressante, quoique difficile, qui pourra, dans un certain nombre de cas, remplacer avantageusement l'anus iliaque, mais il faut bien se garder de généraliser ses indications, comme l'a si justement fait remarquer notre maître, M. Quénu (1).

Elle ne devra jamais être pratiquée dans les cas d'occlusion aiguë.

Elle ne pourra pas non plus être employée si le rétrécissement commence au niveau de l'anus, où se termine sur le colon descendant, comme l'ont bien montré Hahn et Körte dans la discussion qui suivit la communication de Rotter au Congrès de Chirurgie allemande, car on ne peut faire utilement l'anastomose au niveau de parties malades.

La sigmoïdo-rectostomie supprime les conséquences mécaniques de la sténose, en amenant les matières au-dessus d'elle, mais elle ne s'attaque en rien à l'obstacle lui-même, ce n'est donc qu'une opération essentiellement *palliative* qui

(1) Quénu. *Société de Chirurgie*, 8 novembre 1905, p. 912.

devra céder le pas à toute intervention curative. De plus, si elle met au repos le segment d'intestin sus-strictural, elle n'a aucune action sur la muqueuse située au-dessus du rétrécissement, il ne faudra donc jamais recourir à la sigmoïdo-rectostomie dans les cas où la rectite s'étend jusqu'à l'anus où la suppuration est abondante, où le périnée est rempli de fistules, « car ces lésions ne peuvent s'accommoder du passage incessant des fèces, et l'anus artificiel seul peut faire espérer une cicatrisation de ces surfaces suppurantes ». (Godineau) (1).

Cette opération sera donc très restreinte comme application.

Nous avons cru intéressant, étant donnée la mise à l'ordre du jour à la Société de Chirurgie des anastomoses sigmoïdo-rectales, de rapporter les observations où cette méthode a été employée dans les sténoses du rectum : Une de Bacon (2), trois de Rotter, une de Ries, une de Schloffer, une de Chaput (3).

Bacon. *Rétrécissement du rectum. Sigmoïdo-recto-anastomose. Guérison* (*The med. and. Surg. Reporter*, 1896, p. 306). Femme de 53 ans, a eu la syphilis, il y a 28 ans. En 1892, elle est opérée pour des hémorhoïdes et depuis, a de l'incontinence des matières fécales.

Actuellement, on découvre par le toucher vaginal des lésions rectales sous forme d'une tumeur de plusieurs pouces de long et de deux ou trois pouces de large. L'iodure de *potassium* amena une diminution appréciable de cette tumeur. Au toucher rectal, on se rend compte qu'il s'agit d'un rétrécissement infranchissable cylindrique, dont la limite inférieure répondait au releveur et dont on ne pouvait atteindre la limite supérieure. Le pus et les glaires remplissant le rectum, dénotaient une grande ulcération au-dessous du rétrécissement.

Opération le 22 juin 1895. Laparotomie médiane, position de

(1) Godineau. *Loco citato.*

(2) Bacon dit bien avoir traité 12 malades par sa méthode, — mais il ne publie qu'une seule observation.

(3) M. Chaput a bien voulu nous communiquer son observation qui est inédite et est rapportée sous le n° 10 avec nos autres cas.

Trendelenburg. L'anse sigmoïde mobile est couchée le long du rétrécissement et mise au contact de la portion sous-jacente, dans le cul-de-sac de Douglas. Une fois le point de l'anastomose choisi, l'anse sigmoïde est attirée hors de la plaie abdominale et l'on met en place sur elle la moitié d'un bouton de petites dimensions. Un assistant introduit par l'anus, l'autre moitié montée sur la pince porte-bouton, en dirigeant la tige du bouton vers la face antérieure du rectum. Le bouton est arrêté au-dessous du rétrécissement et, par une légère pression avec le doigt, la tige du bouton perfora l'intestin. L'aide tenant toujours la pince porte-bouton, j'incisai le péritoine sur le rétrécissement et l'anse sigmoïde, ainsi qu'au niveau des deux moitiés du bouton. Je couchai l'anse sigmoïde de façon à mettre les surfaces dénudées en contact et à articuler les deux moitiés du bouton. Mon intention était de suturer le rectum et l'anse sigmoïde mis au contact pour éviter l'étranglement d'une anse grêle entre eux. Malgré le grand soin pris pour ne faire qu'une ouverture juste suffisante pour le passage de la tige, je constatai que du pus et du sang venus du rectum pénétraient dans l'abdomen. Un drainage fut nécessaire.

Le drain est enlevé le deuxième jour, la mèche, le septième; la malade eut des selles liquides journellement; le bouton tomba le neuvième jour, après un lavement.

Un clamp fut mis en place, sans anesthésie, le quarante-septième jour et enlevé le cinquantième.

Cinq mois après, la plus grande partie du tissu fibreux avait disparu et il y avait une large ouverture entre le rectum et l'anse sigmoïde, suffisante pour le passage des matières solides bien moulées. L'ulcération, au-dessus du rétrécissement, était sérieusement améliorée et probablement disparue.

Rotter. *Sigmoïdo-rectostomie. Guérison* (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1899, t. II, p. 334). — G. A..., femme de 29 ans, entre à l'hôpital le 15 avril 1896. Son frère et sa sœur sont tuberculeux. A 18 ans, elle-même a eu du catarrhe pulmonaire et de la pleurésie sèche. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie, a été opérée pour une fistule à l'anus. Elle a une constipation opiniâtre, n'allant à la selle qu'avec des lavements, elle perd du pus et du sang par l'anus, et a maigri de 17 livres en six mois. *A l'examen*, on constate des hémorroïdes; puis, à 8 centimètres de l'anus, une sténose annulaire de 3 centimètres que l'extrémité du doigt

peut encore franchir; la muqueuse au-dessous et au-dessus est très enflammée. Le traitement antisyphilitique ne fait qu'aggraver les douleurs.

Le 15 mai, colostomie iliaque, avec séparation transversale de l'S iliaque. Le segment afférent est, suivant la méthode de Witzel, attiré entre la peau et la crête iliaque jusqu'à la face externe de cette dernière ; le segment efférent est fixé à la plaie abdominale. Le ténesme et le pus diminuent, mais l'anus de Witzel cause des douleurs au niveau de la partie de l'intestin qui est placée sur la crête iliaque; les selles mettent un long temps à s'évacuer. Sortie le 5 juillet 1896.

Le pus devient plus abondant, le ténesme augmente, et le rétrécissement allait en s'accentuant malgré la dilatation et les lavages journaliers.

La malade demande à être débarrassée de son anus; Rotter se décide à lui faire une sigmoïdo-rectostomie, le 25 juillet 1897, Il libère le bout afférent de l'S iliaque qui servait à l'anus de Witzel, lie son extrémité qu'il entoure de gaze iodoformée; on voit que l'anus siégeait un peu au-dessus du milieu de l'S iliaque. On entaille le mésentère pour pouvoir mobiliser l'S iliaque; on ferme par des compresses stériles la plaie abdominale.

La malade est mise dans la position de la taille; sur le périnée, Rotter fait une section transversale du raphé recto-vaginal, et décolle ces deux organes jusqu'au Douglas, qu'il ouvre facilement sur une sonde mise par le ventre. On amène en bas le segment intestinal qu'on a préparé dans le premier temps, et, après avoir fermé l'abdomen, on l'abouche dans la paroi antérieure du rectum entre le sphincter et le rétrécissement sur lequel on fait une incision longitudinale de 5 centimètres. On dilate l'anus, le sphincter qui avait été lésé est réparé.

Suites opératoires excellentes. Cependant, le dixième jour, il se fait, après la première selle, une petite fistule périnéale qui laissa passer des traces de matières et se ferma le 14 septembre. Sortie le 2 octobre.

La malade est revue en *avril 1898*, les selles se font sans souffrance, mais nécessitent l'emploi de laxatifs, car elle ne peut pousser. Elle ressent encore quelques douleurs, irradiant dans les reins, les jambes et causées peut-être parce que l'S iliaque ayant été sectionnée très haut à cause de l'anus contre nature, est fortement tendue. Il n'y a pas de rétrécissement au niveau de l'anastomose. Malgré les lavages, il persiste un écoulement san-

guinolent et purulent. *Octobre 1898.* Les selles sont faciles, mais la sécrétion persiste, ainsi que les douleurs.

Rotter. *Sigmoïdo-rectotomie. Guérison.* — H. E....., femme de 23 ans, entre le 22 novembre 1897. Dès son enfance, diarrhées fréquentes. Il y a deux ans, elle eut une diarrhée persistante, pendant trois semaines, accompagnée de ténesmes, de douleurs et d'un écoulement de pus et de sang. Depuis six mois, la malade a cinq à six selles par jour, mélangées de glaires et de pus.

Etat actuel. Elle est très amaigrie, ne pesant plus que 78 livres; on trouve à 4 centimètres du sphincter, un rétrécissement cicatriciel en entonnoir, qui admet à peine un crayon et paraît s'étendre loin en hauteur.

Opération le 23 novembre. Laparotomie médiane: on sectionne au thermo-cautère, l'intestin à l'union de l'S iliaque et du rectum, entre deux ligatures. Le bout de l'S iliaque, entouré de gaze iodoformée, est sorti du péritoine ; le bout rectal est fermé en deux plans. La malade est mise en position de la taille, on décolle l'espace recto-vaginal, on anastomose l'S iliaque et la partie antérieure du rectum immédiatement au-dessus du sphincter; une partie de l'S iliaque est même attirée à travers l'anus et fixée à la peau. Suites excellentes; des selles solides passent par l'anus dès le 25 novembre. Le 29, on constate le sphacèle de la partie de l'S iliaque attirée dans la partie sphinctérienne. Il se forme une fistule qui donne passage seulement à des glaires, mais non à des matières. Sortie le 19 septembre.

En octobre 1898, la malade pèse plus de 100 livres, défécation normale. L'anastomose recto-sigmoïde est très large et laisse passer deux doigts. La muqueuse est parfaitement saine. Le pus n'a pas diminué, malgré les irrigations rectales. La suppuration n'est pas très abondante, mais gênante; toujours douleurs de reins.

Rotter. *Sigmoïdo-rectostomie. Mort.* — Femme de 48 ans, entre le 16 décembre 1897. A eu la syphilis il y a 29 ans. Un an et demi après, elle est opérée pour une fistule anale et présente de l'incontinence. Il y a 25 ans, elle a eu des signes de rétrécissement du rectum, qui ne fut pas amélioré par la dilatation longtemps répétée. Matières rubanées avec des glaires. Coliques intenses, surtout après les purgatifs. Dans les derniers

temps, les douleurs sont devenues intolérables, et s'accompagnent de ballonnements du ventre. La malade est très anémiée; à 5 cm. au-dessus de l'anus, on rencontre un rétrécissement étroit en entonnoir, que le doigt ne peut franchir dans toute son étendue, et qui semble très long, la muqueuse sous-jacente est peu modifiée.

Opération le 18 décembre. Laparotomie à gauche de la ligne médiane. La boucle de l'S iliaque est à peine accusée ; son extrémité inférieure et tout le rectum sont transformés en un tuyau rigide, épais de deux travers de doigt. Cependant, l'S iliaque et l'extrémité inférieure du colon sont libérés du mésentère raccourci et la mobilisation paraît suffisante pour qu'on puisse l'attirer dans l'espace recto-vaginal. Section de l'S iliaque entre deux ligatures, fermeture du bout périphérique. Incision prérectale. L'abaissement de l'S iliaque est rendu difficile par la graisse qui infiltre le tissu cellulaire sous-séreux, il faut exercer une vive traction pour l'attirer jusqu'au sphincter. L'anastomose est faite juste au-dessus de lui. Suture muqueuse par l'anus dilaté, suture musculaire dans l'espace recto-vaginal. L'opération a duré deux heures.

Suites. Le deuxième et le troisième jours, selles abondantes par l'anus. Une péritonite se développe et la malade meurt le 24. *Autopsie.* Péritonite purulente généralisée. La suture n'a pas lâché. Le rétrécissement mesure 14 centimètres de long et l'intestin est immobilisé dans du tissu inflammatoire et cicatriciel s'étendant très loin.

Observation de Ries. — Femme âgée de 25 ans, mariée à 16, peu après syphilis. Constipée depuis longtemps, n'allant à la selle qu'avec des purgatifs. Plus de règles depuis plusieurs mois, anorexie, poids, 82 livres. On trouve sur son corps des traces de syphilides, la vulve est flasque, fistule vulvo-vaginale; rétrécissement de l'orifice urétral ; au niveau de l'extrémité de la colonne postérieure du vagin, fistule étroite allant dans le rectum. On trouve à 2 centimètres de l'anus une sténose qui ne laisse pas passer même le petit doigt, son calibre est celui d'une allumette ; le rectum au-dessus est très distendu, plus de 5 cm. de rayon. Autour du rectum, masses non mobilisables perçues au palper bimanuel. On ne peut sentir l'orifice rectal de la fistule recto-vaginale, ni mesurer la hauteur du rétrécissement.

Ries se propose de suivre la méthode de Segond pour les

fistules recto-vaginales sans sclérose et de Schède pour les fistules qui en sont accompagnées : c'est-à-dire sectionner la cloison recto-vaginale pour dépasser le rétrécissement, le disséquer, l'extirper et suturer l'intestin sus-jacent à l'anus.

Opération le 19 juin 1897. Incision du périnée, de la partie postérieure du vagin jusqu'à ce que la fistule soit complètement ouverte. Une fistule borgne interne est curetée. On ne peut arriver à la limite supérieure de la stricture, on continue l'incision recto-vaginale en traversant le tissu cicatriciel de tous côtés; on recline le cul-de-sac péritonéal et on conserve le rectum sain pour la partie plastique de l'opération. En cherchant vainement à abaisser l'anse sigmoïde, Ries sent un deuxième rétrécissement siégeant sur cette anse, très dur, adhérent, répondant à la masse sentie par le palper. On cherche plus haut de l'intestin sain. Ries ne veut pas faire d'anus iliaque à cause du jeune âge de la malade.

Il fait alors une laparotomie médiane, et par là, inspecte l'anse sigmoïde ; rétrécissement dur, très étroit, de 4 cm. de tour, intimement adhérent au pelvis, au-dessus, l'intestin distendu est mobile. A 3 cm. au-dessus, section de l'intestin sain, incision prolongée du mésentère, ligature des vaisseaux. Le bout intérieur de l'intestin coupé est fermé par trois surjets au catgut, puis, avec une longue pince, introduite dans le vagin, Ries attire avec difficulté, à travers le cul-de-sac péritonéal, le bout supérieur. Fermeture de l'abdomen à la soie.

Reprise de la position de Trendelenburg; incision de la paroi antérieure du rectum ; on ferme la cavité péritonéale et on abouche au rectum le segment d'intestin attiré en bas par quatre sutures à la soie. Suture du sphincter ; drainage du rectum et du colon descendu. Opération : 1 h. 1/2 de durée.

Suites normales. Cicatrisation incomplète du sphincter qui nécessita de nouvelles sutures, légère suppuration du périnée.

Sortie 10 jours après; la malade engraisse de 36 livres en six mois et a repris son travail deux mois après l'opération. Cinq mois plus tard, pas d'incontinence, une selle par jour sans purgatif ; le nouveau rectum laisse facilement pénétrer le doigt : l'ancien est si rétréci qu'on ne peut y pénétrer, un peu de mucus s'y secrète.

Schloffer (M.) *Zur operativen Ausschaltung der entzündlichen Mastdarmstricturen* (Beitrage zur klinische Chirurgie Tübingen.

1901, XXXI, 643-655. — (Nous renvoyons pour le début de l'observation au chapitre consacré à la dilatation rétrograde par l'anus iliaque, car la malade dont il s'agit avait été traitée par Lieblein de cette façon et nous rapportons son histoire).

La malade de Lieblein, profondément affectée par ces phénomènes péritonéaux qui l'empêchaient de travailler, essaie de se suicider. Elle promet de ne pas recommencer à condition qu'on l'opérera.

Le 2 février 1901, Schloffer lui fait une laparotomie para-médiane gauche avec l'idée de se comporter d'après ce qu'il trouverait. Les rapports étaient peu modifiés, depuis la laparotomie qu'il avait dû pratiquer en 1898, mais à cause des adhérences du segment malade avec la paroi abdominale postérieure et l'utérus, il est impossible de songer à l'extirpation ; on ne peut faire qu'une sorte d'exclusion du segment malade. Schloffer se décida à pratiquer une sigmoïdo-rectostomie, sans séparer l'anse sigmoïde en deux, mais en se contentant de faire une anastomose au-dessous du rétrécissement et pour cela il fit une incision périnéale à gauche, contre le sphincter ; il ouvrit facilement le péritoine qu'il repoussait par une pince placée dans l'abdomen. Pendant qu'il était sur les côtés du rectum, il ouvrit une poche d'où s'écoula un liquide citrin ; un cathéter mis dans la vessie, montra qu'elle n'avait pas été intéressée.

Schloffer arriva à créer un canal large de trois doigts entre le cul-de-sac péritonéal et le périnée, il attira l'anse sigmoïde pour voir si l'anastomose était possible; devant la difficulté de faire des sutures, il employa le bouton de Murphy. La première portion du bouton est fixée sur l'anse sigmoïde par le ventre; la deuxième est introduite par le rectum et fixée dans la paroi rectale gauche au-dessus du sphincter. On réunit les deux segments du bouton et on complète l'anastomose par trois points de sécurité.

Tamponnement de la plaie périnéale, suture de l'abdomen, drainage. Durée de l'opération : 2 heures. A la suite, la malade se plaignit de douleurs dans l'anse sigmoïde, Schloffer pensa que cela venait du bouton de Murphy et comme au neuvième jour, il y avait une petite fistule intestinale au-dessus de l'anastomose, résultat de la pression du bouton, Schloffer se décide à endormir sa malade et à détacher avec un ténotome, conduit sur le doigt, le bouton de Murphy; aussitôt après, selles considérables et les douleurs disparaissent. Mais l'anastomose qui

n'était déjà pas très grande, se rétrécit de jour en jour ; aussi l'auteur essaya avec la pince à éperon de Mickulicz de l'agrandir, mais ce fut sans succès, les mors dérapaient sur le tissu très épais et très dur de l'éperon; il se fit alors construire un instrument du genre de celui de Mickulicz, mais avec des branches plus fortes et plus larges pour éviter le dérapage. Il l'essaie le *26 février ;* le résultat est une ascension de température à 39°5, et des douleurs violentes, on est forcé de retirer la pince au bout de dix heures.

Le *28 février*, l'apyrexie est revenue ; on fait deux nouvelles tentatives sans élévation thermique, mais sans résultat.

Le *18 mars*, sous chloroforme, nouvel essai d'écrasement de l'éperon, dérapage de l'instrument, Schloffer est forcé de prendre une pince à vessie ; une branche est introduite dans le rectum, l'autre dans l'anse sigmoïde, on la laisse 18 heures, malgré de grandes douleurs. Quoiqu'il ne s'agisse pas d'un écrasement de tissu dans la portion intra-péritonéale du rectum, on note tous les signes d'une péritonite diffuse grave, et on craint de perdre la malade qui, de plus, à des symptômes d'occlusion.

L'auteur est sur le point de faire une nouvelle laparotomie, mais à partir du *17 avril*, régression des signes et la malade sort guérie le *24 mai ;* continence parfaite ; l'anastomose, placée juste au-dessus du sphincter, est petite, ronde, ses bords sont durs, aigus, mais elle laisse passer l'index, aussi les purgatifs sont-ils nécessaires, les matières n'ont pas plus de l'épaisseur du doigt.

On revoit la malade en *juillet*, elle est très contente de son état actuel; l'anastomose s'est considérablement rétrécie, elle ne laisse plus passer que le bout de l'index ; on la dilate avec des bougies, et en 14 jours, on arrive à passer facilement le doigt recouvert d'un gros gant de caoutchouc.

COLOSTOMIE

La colostomie joue un rôle très important dans la thérapeutique des rétrécissements du rectum. Pour la première fois, en 1828, elle fut pratiquée par Martland (1), cité par MM. Quénu et Hartmann, pour des accidents d'obstruction grave, et son malade vivait encore dix-sept ans plus tard.

Ce n'est cependant qu'en 1865 que la colostomie lombaire fut faite, de parti pris, par Curling (2) pour une sténose incurable. Gläser (3), l'année d'après, répétait la même opération pour rétention stércorale chez une malade à laquelle il avait extirpé sans succès un rétrécissement du rectum ; celle-ci vécut 20 ans avec son anus qui fonctionnait parfaitement et, à son autopsie, Gläser put constater la cicatrisation complète des lésions ulcéreuses et sténosantes de l'intestin.

Depuis cette époque, les chirurgiens anglais Curling, Allingham, etc., américains Mason (4), Heath préconisent l'anus contre nature pour permettre aux ulcérations de se cicatriser et aux écoulements purulents de se tarir.

En France, à ce moment, ce traitement n'est pas en vogue, on ne l'emploie que s'il est de toute nécessité de rétablir le cours des matières et Laugier (5), cité par M. Lapointe, avait

(1) Martland. *Edimb. med. and surg.* J., T. XXIV, p. 271 cité d'après Hawkins (Cœsar H.), *Medico chirurgie. Trans.*, London, 1852, T. XXV, p. 85.

(2) Curling. *Amer. J. of med. Sc.*, 1873, T. I, p. 575.

(3) Glaser. *Arch. f. klinische Chirurgie*, Berlin, 1867-1868, T. IX, p. 509.

(4) Mason (Erskine). Six cases of lendsbar colotomy, with remarks upon this operation and a table of eighty cases in which it was performed. (*Amer. J. of med. sc.*, Phila., 1873, T. II, p. 354.)

(5) Laugier. Dict. en 30 volumes, Art. rectum.

écrit, cependant déjà en 1863: « La colostomie ne serait elle pas le moyen le plus sûr de guérir la maladie en préservant les surfaces malades du contact irritant des matières fécales, des congestions locales que leur accumulation et les efforts de défécation même amènent dans la partie affectée ? » La rectostomie linéaire de Verneuil causa aussi le plus grand tort à la méthode de l'anus iliaque ; ne voyons-nous pas des esprits aussi distingués que Trélat et Delens (1) la considérer comme le moyen ultime à employer qui « substitue une infirmité dégoûtante à l'affection primitive sur laquelle elle ne peut avoir aucune action » et Gosselin (2) est d'un avis analogue. Cependant en Allemagne, on ne partageait pas cette manière de penser, et nous voyons Hahn (3) préconiser énergiquement l'anus iliaque (associé à des lavages antiseptiques du bout inférieur), il montre sa supériorité sur l'anus lombaire, et insiste sur les merveilleux résultats qu'il en a retirés, tant au point de vue de l'amélioration de l'état général que des transformations de l'état local. Il constata, sur des pièces de malades colotomisées et mortes d'affections intercurrentes, la cicatrisation des ulcérations, tandis que la muqueuse en était couverte chez celles qui n'avaient pas été traitées de la même façon.

Juliusbürger (4), König de Gottingen (5) insistent aussi sur les avantages de la colostomie. Citons comme exemple l'observation suivante de König (résumée).

Femme de 42 ans, syphilis datant de vingt ans ; depuis un an, accidents rectaux très marqués et rendant la vie insupportable. La malade doit être constamment préoccupée de ses garde-robes qu'elle n'obtient qu'avec des purgations ou des lave-

(1) Trélat et Delens. Dict. encyclop. Art. rectum, 1874.

(2) Gosselin. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, Art. rectum, 1881.

(3) Hahn (Eugène). *Arch. f. klinische Chir.*, Berlin, 1883, T. XXIX, p. 395.

(4) Juliusburger. *Thèse de Breslau*, 1884.

(5) Konig. Die Bedeutung der Colotomie fur die Schwere Mastdarmstricturen. (*Berliner mer Wochenschrift*, 1887, n° 2, p. 17.)

ments pris à l'aide d'un tube long de 1 pied 1/2; alors surviennent des débâcles qui durent plusieurs heures. Ecoulement fétide par l'anus et le vagin ; le rectum est converti en un étroit couloir, on sent par le palper abdominal la continuité avec l'S iliaque, le doigt constate un trajet sphinctérien ulcéré et au-dessus, un rétrécissement cicatriciel très étroit. On peut le franchir sous chloroforme, mais on trouve que la muqueuse est ulcérée plus haut. Fistule recto-vaginale. 17 septembre 1886, anus iliaque complet. 28 octobre, quitte l'hôpital, le rectum est presque complètement guéri ; revue au commencement de décembre, la malade est à peine reconnaissable, tant son état général est satisfaisant. Les garde-robes ont lieu chaque matin par l'anus artificiel, et ne s'effectuent pas dans l'intervalle. L'écoulement rectal ne consiste plus qu'en un peu de mucosité inodore ; l'opérée peut s'occuper de ses affaires et diriger un commerce important.

En France, pendant longtemps la colostomie n'a été que peu pratiquée (cas de MM. Duplay, Le Dentu, Delbet), puis, grâce aux travaux de MM. Quénu et Hartmann, elle a été plus employée, et actuellement elle tient une place très importante dans le traitement des rétrécissements du rectum.

Les avantages de l'anus iliaque sont considérables et ne sont plus contestés par personne : les matières ne passant plus par le bout inférieur de l'intestin n'irritent plus les portions malades qui sont complètement mises au repos, aussi voyons-nous disparaître aussitôt les douleurs incessantes dûes à l'expulsion difficile des fèces ; au bout de quelque temps les sécrétions sanguinolo-purulentes, causées par la rectite, se tarissent et les ulcérations sus et sous-angustiales guérissent; les accès de fièvre, conséquence des résorptions de produits toxiques dues à la suppuration rectale, les crises de rhumatisme cessent entièrement de se produire, comme dans notre observation 5 ; les malades engraissent rapidement, reprennent leurs forces et, leur appétit revenant, présentent au bout de peu de mois toutes les apparences de la santé. M. Quénu (1) en a rapporté de beaux exemples tout

(1) Quénu. Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, 14 octobre 1896 et 6 juillet 1904.

récemment, de même Monroe (1), Hawkins (2), Wegner (3), dans un récent travail très complet sur la thérapeutique des sténoses rectales, insiste tout spécialement sur les bienfaits de l'anus iliaque qui, dit-il, peut sous certains points de vue, être comparé sans désavantage à la résection, il publie de nombreuses observations très concluantes dont une (observation 8) particulièrement frappante :

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, syphilitique, reçue à l'hôpital le 27 novembre 1897. Depuis 1 an 1/2, douleurs à la défécation, écoulement de sang et de pus par l'anus, grand amaigrissement ; on trouve à l'anus des nodosités grosses comme des noyaux de cerises ; au-dessus du sphincter, le rectum est rétréci et cicatriciel ; sur la paroi postérieure, ulcération grande comme une pièce de 5 pfennig et au-dessus, deux anneaux cicatriciels qui laissent passer le doigt. Ulcération sur la paroi vaginale postérieure ; après une application de chlorure de zinc sur les ulcérations, élévation de température, qui baisse à la suite de lavages. Au commencement de février 1898, fièvre, douleurs dans le bas-ventre, ballonnement ; on pratique la colostomie à 3 cm. au-dessus du ligament de Poupart. L'S iliaque est rouge, congestionné. Chute de la température quatre jours après, écoulement très abondant par le rectum ; l'état général s'améliore et la malade quitte l'hôpital le 31 juillet 1898 ; l'anus iliaque a dû être rendu définitif, parce qu'il se rétrécissait ; en février 1899. la sténose rectale ne se laisse plus franchir par le doigt ; très bon état général. La malade donne de ses nouvelles en juillet 1899 par la lettre suivante, qui montre, à travers des naïvetés, qu'elle est satisfaite de son anus : « Je ne peux assez vous dire combien je me trouve bien — je suis comme un poisson dans l'eau — je suis bien portante et ai une mine florissante, j'engraisse au point que vous ne me reconnaîtriez plus; l'appétit est excellent, j'ai augmenté beaucoup et je pèse 119 li-

(1) Monroe (G.-J.). Traitement des rétrécissements du rectum. (*Cincin. Lancet Clinic.*, 15 déc. 1900 et 5 janvier 1901, 7-10.)

(2) Hawkins (John A.). Syphilis of the rectum and the anal region. (*Internat. M. Magazine*, Phila., 1902, XI, 4 à 6.)

(3) Wegner. Etiologie und Therapie der durch Infection entstandenen Rectumstricturen. (*Arch. fur klinische Chirurgie*, T. LXVI, 1902.)

vres. Je me fais un lavage chaque jour à l'eau tiède et ai ensuite une selle; puis plus rien jusqu'au lendemain. Je ne suis en rien gênée dans mes occupations – je fais des sports, rame, nage. L'écoulement rectal est absolument insignifiant. » Wegner revit trois mois plus tard sa malade dans un état toujours aussi parfait ; il n'y a pas le plus petit ennui.

Ces cas ne sont pas isolés, car MM. Hartmann, Guinard et Picqué (1) entre autres, ont rapporté dernièrement des observations où des malades ont pu continuer à monter à cheval et à commander leur régiment, à s'occuper de leur clientèle médicale sans être aucunement incommodés.

L'anus iliaque a enfin l'énorme avantage d'être une opération extrêmement bénigne et qui peut être faite sans danger même chez des cachectiques.

Cependant certains malades, surtout les nerveux, supportent mal cette colostomie qu'ils considèrent comme une véritable infirmité, une déchéance ; ils ne pensent qu'à demander la fermeture de leur anus et ce sont de ces récriminations que se sont faits l'écho un certain nombre de membres de la Société de Chirurgie dans la discussion sur la sigmoïdorectostomie. M. Guinard a parlé d'un médecin qui lui avait fait promettre, avant l'intervention, de ne pas lui faire d'anus contre nature, quelque chose qui arrivât. M. Picqué a rapporté l'histoire d'une malade âgée de 35 ans, opérée d'urgence à l'hôpital pour une suppuration pelvienne. Quelques jours après survint une fistule stercorale qui détermina son envoi dans une salle de chirurgie annexée au service. Cette malade souffrant beaucoup, fut soumise aux injections réitérées de morphine et tomba dans un profond état de déchéance physique et mentale qui motivèrent son envoi à Ste-Anne. M. Picqué lui décolla l'intestin, ferma la fistule en deux plans. Guérison. La malade a beaucoup engraissé, toute idée délirante a disparu et elle fut mise en liberté.

On comprend aisément que de semblables observations aient impressionné les chirurgiens et qu'ils soient disposés à essayer, chaque fois qu'elle est possible (Terrier), une anas-

(1) *Société de chirurgie*, novembre 1905, sur l'entéro-rectostomie.

tomose qui supprimerait la colostomie avec ses inconvénients, son incontinence même ; mais il ne faut pas oublier que l'entéro-rectostomie est une opération grave, difficile à faire, impossible s'il s'agit de malades débilités ; de plus dans les rétrécissements du rectum, elle aura le désavantage de ne pas mettre au repos le segment sous-sténosal qui est souvent très altéré, présentant des ulcérations multiples, des orifices de fistules et, par suite, d'entretenir ou de laisser subsister la rectite qui est au moins aussi pénible, sinon plus pénible pour le malade que le rétrécissement lui-même.

Aussi pensons-nous que la sigmoïdo-rectostomie devra être réservée seulement à certains cas exceptionnels et que la colostomie iliaque dont la nécessité est reconnue par tous dans les obstructions aiguës, devra être presque toujours préférée aux anastomoses intestino-rectales. Il faut considérer comme rares en effet, les observations où les malades tombent dans le marasme et la dépression psychique à cause de leur anus contre nature, et, s'il est bien évident qu'ils préféreraient ne pas en avoir un, le plus souvent ils le supportent facilement sans en être trop gênés. Et cela se conçoit, nous ne sommes plus au temps de l'anus lombaire ou sacré ; ses défenseurs les plus acharnés, même Trélat, l'ont abandonné ; personne ne fait plus que l'anus iliaque gauche (1), notre maître, le professeur Berger, a particulièrement insisté sur les inconvénients très graves de la colostomie droite ou médiane, et nous pouvons, grâce à la technique de M. Hartmann, parer à un des plus graves défauts de l'anus contre nature, l'incontinence ; en passant entre les plans des muscles de la paroi abdominale qu'on divise sans les couper, on forme un véritable sphincter autour de l'intestin, sphincter capable d'éviter le prolapsus consécutif et de créer, dans une certaine mesure, la continence pour les matières.

Il est un point que l'on ne doit pas oublier quand on pratique la colostomie iliaque au cours d'un rétrécissement,

(1) Nous ne décrirons pas le manuel opératoire de l'anus iliaque qui est connu de tous et ne rentre pas dans notre sujet.

c'est qu'on peut être amené à extirper secondairement le rectum ; et l'anus contre nature, fait en un point quelconque de l'anse sigmoïde, peut devenir un obstacle insurmontable à la résection, comme dans l'observation de MM. Delbet et Mouchet (1).

Il s'agissait d'une femme rectotomisée par Verneuil et n'en ayant retiré d'autre avantage que d'éprouver à la fois les ennuis du rétrécissement et ceux de l'incontinence. On lui fit un anus par la méthode de Maydl le 15 avril 1892. Véritable résurrection consécutive. M. Delbet entreprend l'extirpation par voie sacrée. Après dissection et isolement pénible du rectum, après ouverture du péritoine, l'opération est tout à coup arrêtée par une résistance insurmontable. A chaque traction exercée sur le rectum, l'anus artificiel enfonçait, il avait été fait sur la partie tout à fait inférieure de l'S iliaque et la fixation de l'intestin en ce point empêchait d'abaisser suffisamment le rectum pour qu'il fut possible d'extirper toute la partie malade. L'opération resta incomplète et la malade garda son anus iliaque.

Il est donc indispensable de pratiquer la colostomie le plus près possible de l'origine du colon pelvien et non pas au hasard comme on le fait trop souvent. En agissant ainsi, on sera à au moins 12 centimètres de la limite supérieure du rectum et la mobilité de l'anse sigmoïde ne fera pas obstacle à une extirpation éventuelle consécutive.

Il nous faut, en effet, rappeler qu'à côté des cas où on se contente de faire la dérivation des matières, et rien que cela, il en est d'autres (et ceux-ci sont de plus en plus nombreux actuellement) où la colostomie n'est qu'une opération *préliminaire* destinée à mettre le rectum au repos, à permettre de grands lavages du bout inférieur, à diminuer, par suite, l'inflammation, la suppuration et à rendre plus simple l'intervention ultérieure : dilatation ou extirpation. Les résultats de l'anus contre nature préliminaire ont été si excellents dans le cancer du rectum qu'on ne doit pas être

(1) Delbet et Mouchet. Rectite chronique hypertrophique et sténosante. (*Archives générales de médecine*, 1893, p. 513.)

étonné de ceux qu'il donne dans les sténoses ; c'est ainsi que nous voyons (et les observations en abondent) des rétrécissements infranchissables qui, lorsqu'ils ne sont plus irrités par le contact des matières, se laissent franchir par les bougies (observation III de la thèse de Lapointe) ; des inflammations péri-rectales disparaître, permettant de tenter l'extirpation qui eût été impossible auparavant. C'est surtout dans ces dix dernières années que la colostomie préliminaire, dans les strictures rectales, a pris un grand développement, à la suite des travaux de MM. Quénu, Hartmann et Lapointe, en France; de Wallis (1), Monroë (2), Hawkins (3), en Angleterre et aux Etats-Unis ; de König, de Mickülicz et de son élève Berndt (4), en Allemagne.

Dilatation retrograde par l'orifice de la colotomie

La colotomie préliminaire donna naissance à un nouveau mode de traitement : certains auteurs eurent l'idée de pratiquer par cet anus contre nature, la dilatation rétrograde du rétrécissement. Ils pensaient que cette méthode était moins dangereuse que la dilatation par l'anus, qu'elle pourrait être employée dans les cas où la sténose était infranchissable par le bas, et, qu'en tous cas, si elle échouait, il serait toujours temps de recourir à l'extirpation pour laquelle la colotomie avait été faite.

C'est Rudolf Franck (5) qui fit, en 1887, la première dilatation rétrograde, à la clinique d'Albert, de Vienne. Il s'agissait d'un rétrécissement étendu du rectum, développé

(1) Wallis (F.-C.). The causes ant treatment of non malignant stricture of the rectums. (*Brit. M. J.*, 1900, T. I, 1002-1004.)

(2) Monroë (G.-J.). Etiologie, diagnostic et traitement des rétrécissements du rectum. (*Cincin. Lancet Clinic.*, 15 décembre 1900 et 5 janvier 1901, 7-10.)

(3) Hawkins. Syphilis of the rectum and the anal region. (*Internat. M. Magazine.*, Phila., 1902, XI, 4 à 6

(4) Berndt. *Thèse de Breslau*, 1898.

(5) Rudolf Franck. *Wiener med. Blâtter*, 1887, n° 495, p. 155.

à la suite de l'ouverture d'un abcès périrectal. On fit un anus iliaque et l'auteur passa par là, jusqu'à l'anus vrai, un fil au bout duquel on attacha des bougies.

Stewart (1), en 1896, utilisa ce procédé dans un cas où il ne pût achever l'opération commencée ; il essayait de faire une sigmoïdo-rectostomie au moyen du bouton de Murphy, chez une femme dont les annexes et l'utérus avaient été extirpés antérieurement : la vessie était fusionnée avec le rectum et, en sectionnant sur le bouton de Murphy, tenu par une pince, les tuniques rectales, la vessie fut intéressée et l'urine coula dans la plaie. Stewart sutura la vessie et, le lendemain, avec l'assentiment de la malade, fit un anus contre nature. C'est par cette voie qu'il essaya de dilater la sténose, il ne put, à grand'peine, passer à travers elle qu'une fine soie, et encore, au moyen d'un purgatif. Il attira ensuite la soie par l'anus et attacha à cette soie des bougies de plus en plus grosses pour obtenir un passage suffisant. Quand il fut arrivé à ce résultat, il ferma l'anus iliaque, continua la dilatation par le rectum et obtint la guérison des douleurs au bout de quelques mois.

En 1898, Eiselsberg (2) publia deux guérisons par un procédé analogue : il employa la méthode du grain de plomb de Socin pour faire passer le premier fil.

Lieblein (3), dans son observation, fit la dilatation rétrograde par un anus cœcal (c'est le premier cas de ce genre), ce qui complique singulièrement le manuel opératoire ; en effet, le grain de plomb qu'il donnait avec des capsules de ricin, avait une tendance naturelle à retomber en bas pendant la traversée du côlon ascendant ; la sténose était si serrée dans son cas, que le grain de plomb ne pouvait la traverser sans causer de vives douleurs et mêmes un peu

(1) Stewart. (*Med. and surg. report* 1896, n° 10, *Ref. centralblatt fur Chirurgie*, 1897, p. 86.)

(2) Eiselsberg. *Deutsche medicine Wochenschrift*, 1899, n^{os} 15 et 16.

(3) Lieblein (V.). Zur retrograden Bougierung der ntzündlichen Mastdarmverengerungen. (*Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1901, XXXI, 622-642.)

de péritonite. Lieblein engage à ne pas se servir d'un fil de soie pour attirer la bougie, car la soie est trop coupante et douloureuse par suite : il emploie une bandelette de coton ; comme bougie, il se sert de celles en gomme coniques d'Eiselsberg. Lieblein insiste sur la longueur du temps pendant lequel on peut et on doit laisser le dilatateur dans la sténose ; il montre que la dilatation rétrograde est beaucoup moins dangereuse que celle faite par l'anus, et qu'elle a l'avantage de permettre de repassr ultérieurement les bougies par en bas ; mais il recommande la plus grande douceur et la plus grande prudence dans le manuel opératoire, ce qui n'empêche pas, cependant, quelques ascensions thermiques qui proviennent peut-être de résorptions de produits infectieux.

Voici, du reste, l'observation de Lieblein, qui est particulièrement instructive, à cause des nombreux incidents qui eurent lieu :

B. M...., femme âgée de 30 ans, entre le 3 septembre 1898; a contracté la syphilis de son mari il y a neuf ans ; a eu des bubons ouverts à Prague, a suivi trois mois le traitement mercuriel. Trois mois après ,elle commence à avoir des douleurs pour aller à la selle, elle est curetée et dilatée à Vienne ; guérison complète pendant quatre ans, puis elle eut une fistule anale à la suite d'un abcès. A partir de ce moment, les douleurs en allant à la selle reviennent avec de fausses envies, et un écoulement sanguinolent ou purulent. A l'*examen*, on constate à 3 ou 4 centimètres du sphincter un rétrécissement en entonnoir encore perméable pour le bout de l'index, mais dont on ne peut atteindre le bord supérieur; l'exploration est, du reste, très douloureuse.

Le 6 septembre, on passe sans peine les bougies n^{os} 1 et 2.

Le 7 septembre, la bougie n° 5 passe très difficilement et doit être enlevée aussitôt; l'après-midi, frissons; la température monte à 39°9, douleurs abdominales, vomissements. On met un drain dans le rectum, il s'écoule une notable quantité de pus.

8 septembre. 39° le matin, arrêt des gaz et des matières, douleurs vives ; on pense à une perforation ayant amené une péritonite. Schloffer laparotomise aussitôt la malade ; il trouve de grandes adhérences au niveau de l'anse sigmoïde et de la par-

tie supérieure du rectum, qui sont très épaissies et de consistance gélatineuse sur certains points ; il y a une perforation grosse comme un pois, à 10 centimètres au-dessus de l'excavation recto-utérine ; double plan de sutures. Pour pouvoir apprécier la longueur de la sténose, Schloffer fait introduire par un aide une sonde en gomme molle par l'anus ; bien que maniée avec douceur, celle-ci fait une perforation du rectum un peu au-dessus de la première ; on la recoud.

9 septembre. 36°2, gaz ; l'abdomen est moins sensible ; guérison complète le 16.

Le *26 septembre*, Schloffer fistulise le colon ascendant en deux temps, comme opération préliminaire d'une résection rectale. Il a fait un anus cœcal pour ne pas être gêné par un anus iliaque au moment de l'extirpation, étant données les adhérences qu'il a vues pendant sa première laparotomie. Par le rectum, il s'écoule toujours du pus et du sang.

La malade ne veut plus être opérée qu'à la condition qu'on la débarrasse de son anus, mais, étant donnée la hauteur du rétrécissement, Schloffer a peur de ne pas amener l'intestin à l'anus et attend les effets de la colostomie.

En mars 1899, Lieblein se décide à faire de la dilatation par voie rétrograde. *Le 10 mars*, il met un grain de plomb attaché à un fil dans l'anus cœcal et, pour aider le péristaltisme, bourre l'intestin de purée de pommes de terre et d'eau de Sedlitz ; au bout de deux heures, le plomb apparaît au niveau du rectum.

Le 11 mars, on passe au moyen du fil un long drain de 7 millimètres de diamètre, et on le laisse 6 heures.

Le 12 mars, le fil conducteur étant sorti, on est forcé de recommencer la manœuvre du grain de plomb. Après plusieurs tentatives infructueuses, on arrive au résultat *le 24 mars*, mais après des douleurs, des frissons, et une ascension à 40°.

Le 26 mars, on commence la dilatation avec des sondes en gomme de Eiselsberg, attachées les unes aux autres ; elles ont 7 millimètres de diamètre initial et 14, 16, 20 de diamètre terminal ; chaque sonde a 2 mètres 50 de long pour permettre l'augmentation progressive de son calibre et à cause aussi de la longueur d'intestin à traverser.

Ce traitement fut continué cinq mois, les sondes furent passées 32 fois et restèrent d'abord 24 heures, puis 48 heures sans que la malade ressentît de douleur, elle se levait. Trois fois elle eut, cependant 39°. Au début, quand on retirait la sonde, il y avait un grand écoulement de pus, mais cela disparut avec

la dilatation. Le rétrécissement laissait passer tout l'index, le tissu rectal et périrectal n'avait plus sa dureté du début.

Octobre. La malade demandant avec insistance la fermeture de son anus cœcal, on essaya d'abord de passer des bougies par le rectum, on put introduire un tube de 9 millimètres de diamètre et de 40 centimètres de long sans douleur ; la dilatation fut poursuivie par l'anus,du 26 octobre au 10 janvier,tous les jours; on arriva à passer des bougies de 15 millimètres et on pouvait les laisser 7 heures ; deux fois, la malade avait eu des élévations de température ; quand, le *17 janvier*, après la dilatation, elle eut subitement un frisson ; des signes de péritonite parurent, température 41°8 ; comme la malade avait eu plusieurs fois des phénomènes péritonéaux, on ne la fit pas opérer, quoiqu'on pensa à une perforation. On lui donna des excitants, le lendemain, la fièvre tomba, mais remonta encore pendant quatre jours. La dilatation ne fut reprise que le 12 février jusqu'au 3 mai, on passa 56 fois un tube de 40 centimètres, qu'on laissa de 4 à 7 heures ; aucune réaction.

La sténose s'est élargie et, le *5 mai 1900*, Wölfler referme l'anus cœcal. Suites normales. La malade est dilatée jusqu'à son départ, le *16 juillet ;* elle a une selle quotidienne sans douleur ; l'écoulement de pus et de sang est tari ; le sphincter est en bon état.

Bien qu'on lui ait donné des bougies pour continuer son traitement, la malade ne s'en sert pas et, dix semaines après, le *27 septembre 1900*, elle revient avec des douleurs rectales ; au toucher, on voit que le tissu cicatriciel a une tendance à la rétraction, la sténose n'est pas aussi serrée qu'avant. On recommence la dilatation jusqu'en janvier 1901. A ce moment, un changement de situation de la malade la force à gagner sa vie, elle doit renoncer à se faire dilater et demande une opération radicale (Voir la suite de l'observation au chapitre Sigmoido-rectostomie, cas de Schloffer).

Presque en même temps, MM. Souligoux et Lapointe (1), sans connaître les observations que nous venons de rapporter, eurent l'idée de faire de la dilatation rétrograde chez une de leurs malades :

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, atteinte d'une constipa-

(1) Souligoux et Lapointe. *Société de Chirurgie*, 31 juillet 1901, rapport de M. Chaput et *Gazette des Hôpitaux*, 2 novembre 1901, p. 1221.

tion rebelle, qui entre à la Charité en 1895 ; pas de syphilis, ni de tuberculose, mais une fièvre typhoïde grave il y a huit ans. C'est deux ans après qu'elle commence à souffrir en allant à la selle ; bientôt, ténesme intense, suintement purulent par le rectum. On trouve trois ou quatre petits condylomes flasques autour de l'anus ; à 5 centimètres de la marge, on arrive sur une bride circulaire et plus haut, dans l'ampoule dont les parois sont sèches, dont la muqueuse est recouverte de saillies papilliformes ; plus haut encore, à bout de doigt, on a la sensation nette de pénétrer dans un segment plus étroit et moins souple qu'à l'état normal. L'exploration est, du reste, très douloureuse.

Dilatation anale, ablation des tuméfactions péri-anales, amélioration ; la malade sort, mais non guérie de sa rectite.

Deux ans après (1897), la défécation est redevenue très difficile, il faut des efforts extrêmement pénibles pour expulser des matières ovillées ou rubanées ; les écoulements par l'anus ont augmenté, la malade s'est beaucoup affaiblie. On sent toujours la bride sus-sphinctérienne, mais le doigt ne peut plus franchir le couloir étroit noté plus haut. On essaye la dilatation avec des bougies de Hégar, elle est très mal supportée, et c'est à peine si, au bout de cinq à six séances, on peut introduire, au prix de grandes douleurs, une bougie de 15 millimètres de diamètre. La malade quitte l'hôpital à peine améliorée.

En *avril 1899*, on est forcé de lui faire un anus iliaque avec éperon (7 mai), à cause d'accidents d'obstruction chronique. Le 15, on commence à faire dans le bout inférieur des lavages quotidiens à l'eau oxygénée ; l'état général s'améliore rapidement, la malade engraisse à vue d'œil et on pense à recalibrer le rectum.

Dans une première séance, on sectionne la bride au bistouri boutonné ; quelques jours après, on essaye de faire passer par l'anus normal des bougies œsophagiennes, mais elles sont arrêtées au bout de 10 centimètres par un obstacle. On tente alors le cathétérisme de haut en bas par l'orifice de la colostomie ; on réussit après quelques essais, à introduire la bougie n° 24 (filière Charrière). Le bout sort par l'anus. M. Souligoux se servit de cette bougie pour en passer de plus volumineuses, qu'il

fixait par une forte soie au talon de la première. On introduisit ainsi quatre bougies très facilement.

On répéta régulièrement cette dilatation tous les deux jours; au bout d'un mois, on passa facilement une bougie de 2 centimètres de diamètre. Sortie de la malade qui vient se faire dilater une fois par semaine ; elle continue à se faire chaque jour, un lavage à l'eau oxygénée par son anus artificiel. Les écoulements par le rectum ont disparu. La dérivation des matières est maintenue neuf mois ; on se décida alors, devant la persistance du résultat, à fermer l'anus artificiel. Deux applications d'entérotome suffirent à sectionner l'éperon et, le 12 février 1900, l'intestin fut refermé par entérorraphie latérale sans ouverture du péritoine.

La malade continue, après sa sortie, à s'introduire elle-même, deux fois par semaine, des bougies en gomme, dont la plus grosse a 2 cm. 5 de diamètre.

Nous revoyons la malade le 2 avril 1901, la santé générale est parfaite ; chaque jour, une selle grosse comme le pouce, sans douleur ; le doigt sent encore une bride, mais passe facilement.

A la suite de la communication de MM. Souligoux et Lapointe, à la Société de chirurgie, M. Brault (1) rappela l'histoire d'un malade chez lequel, ayant été forcé d'abandonner l'extirpation du rectum, à cause des adhérences à la vessie, il avait fait un anus iliaque. Il introduisit dans le segment inférieur un tube en caoutchouc jusqu'à l'anus et pratiqua le cathétérisme dilatateur, tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut. Le rétrécissement devint rapidement franchissable pour de grosses bougies. Le malade, insistant pour la fermeture de l'anus iliaque, M. Brault ne fit plus la dilatation que par en bas ; l'anus se referma de lui-même ; le malade fut aussi considérablement amélioré.

Wagner (2) rapporte un autre cas de dilatation rétro-

(1) Brault. Note sur le traitement des rétrécissements du rectum par le cathétérisme après une colostomie temporaire. (*Société de Chirurgie*, 1901, p. 1001.)

(2) Wagner. Behandlung von nicht carcinomatose Stricturen der Rectum, retrograde Bougierung und den sogenannten Schlauch ohne Ende. (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1904, XI, 317.)

grade chez un malade atteint de rétrécissement gonococcique du rectum, situé à 2 centimètres au-dessus du sphincter n'admettant que le bout d'une plume et accompagné de rectite. On lui fit un anus iliaque, des lavages quotidiens du bout inférieur pour diminuer la sécrétion purulente, et on le dilata par l'orifice de la colotomie par le procédé de la bougie sans fin; pour introduire le conducteur, on employa la méthode du grain de plomb de Socin. On obtint un excellent résultat, si bien qu'on put, au bout d'un certain temps, refermer l'anus iliaque et continuer la dilatation par en bas.

Ces sept observations nous éclairent sur la valeur de la méthode dont les malades ont retiré les plus grands bénéfices ; elle a l'énorme avantage d'être moins dangereuse que la dilatation par en bas, d'être possible alors que celle-ci, souvent, ne l'est pas, et enfin d'agir sur toute l'étendue de la sténose, ce que l'on ne peut pas faire par l'anus vrai (Delbet) (1). Comme le disent fort bien Lieblein et, plus tard, Wagner, on n'a employé la dilatation rétrograde que dans de très mauvais cas et, cependant, on en a obtenu toujours des résultats ; ainsi, dans l'observation de Lieblein, où on ne pouvait pas passer des bougies par en bas, à cause de la friabilité des parois rectales, où l'extirpation était impossible à cause des adhérences, la dilatation rétrograde, quoique moins bénigne qu'ailleurs (elle en, en effet, amené des phénomènes de péritonite, mais, aussi, l'anus était cœcal au lieu d'être iliaque, ce qui compliquait singulièrement le mode opératoire), a pu se poursuivre en rendant de réels services. Il nous faut, du reste, ajouter que le fait de la dériivation des matières doit puissamment contribuer aux bienfaits de la dilatation rétrograde, la première agissant sur la rectite, tandis que la seconde s'adresse surtout au rétrécissement. Nous croyons pour ces diverses raisons qu'on pourra, dans les cas difficiles, non justiciables de l'extirpation, essayer cette méthode qui aura l'avantage de permettre de continuer ensuite sans danger la dilatation par en bas, une fois que l'anus iliaque aura été refermé.

(1) Delbet (Pierre). *Société de Chirurgie*, 31 juillet 1901.

COLOTOMIE TEMPORAIRE ET COLOTOMIE DÉFINITIVE.

La colotomie n'est pas forcément une opération définitive, elle peut n'être que temporaire, même quand elle a été le seul mode de traitement ; mais c'est surtout quand elle n'est que le préliminaire d'une extirpation ou d'une dilatation rétrograde qu'elle doit, avec les tendances actuelles, n'être que momentanée.

L'idée de refermer un anus iliaque, fait pour un rétrécissement rectal, ne date guère de plus de vingt ans ; mais, si l'on en juge par les documents publiés, ces observations ne sont pas fréquentes ; c'est Hahn (1) qui, le premier, eut cette intention, chez une malade très améliorée par une colotomie datant de deux ans ; mais elle mourut de pyohémie à la suite d'une périnéorraphie.

Les cas où cette idée a été mise à exécution à la suite de la dilatation sont loin d'être nombreux. Allingham (2) en rapporte trois sans aucun détail ; quelques années plus tard, M. Le Dentu (3) insistait, à l'occasion de l'histoire d'un de ses malades, sur la possibilité de rétablir le cours normal des matières « quand les lésions sont guéries et le rectum suffisamment calibré ». Deux ans après, Thiem (4) présentait, au Congrès de Berlin, une femme atteinte d'une sténose ulcéreuse syphilitique chez laquelle la dérivation des fèces, combinée aux lavages du bout inférieur, amena la guérison de la rectite ; la dilatation rétablit le calibre et il put refermer l'intestin.

Observation de Thiem. — Une femme de 42 ans, est envoyée à Thiem par un médecin pour subir la résection du rectum. Peu

(1) Hahn. *Arch. f. klinische Chirurgie*, 1883, T. XXIX, p. 395, obs. 1.

(2) Allingham. *Encylopédie de Chirurgie.* Art. rétrécissement du rectum, 1886.

(3) Le Dentu. *Médecine moderne*, 6 mars 1890.

(4) Thiem. *Verhandlung der deutsche Gesellschaft f. Chir.*,1892, p. 46.

convaincu de la nécessité de l'extirpation, il se contenta de lui faire la colostomie iliaque gauche en deux temps, et de lui prescrire un traitement spécifique intensif. La syphilis était, en effet, manifeste, non seulement par les caractères des lésions rectales, mais par les antécédents et par l'apparition d'une iritis spécifique récente.

Comme traitement complémentaire, on fit la dilatation progressive. Il y avait trois rétrécissements et, entre eux, les parois rectales, étaient épaissies, calleuses, d'une dureté presque ligneuse, immobilisées, déchirées et cannelées. Le rétrécissement supérieur était si haut que rien qu'en raison de la difficulté opératoire, l'extirpation aurait été impossible. On ne put d'abord introduire que de fines bougies, mais leur calibre s'accrut progressivement et on arriva aux plus gros numéros de la série. Des lavages étaient faits par les deux bouts du segment intestinal.

Le 10 juin 1890, les ulcérations paraissent guéries et la perméabilité du rétrécissement suffisante. Thiem fit la laparotomie détacha le colon, sutura par invagination l'orifice intestinal et referma la plaie abdominale. La guérison se fit sans incident, au cinquième jour, la malade eut spontanément une selle moulée de calibre très satisfaisant. A partir de ce moment, les selles se font régulièrement une fois par jour, sans effort, ni douleur. Depuis deux ans, l'état de la malade s'est montré si parfait qu'elle a eu une grossesse et vient d'accoucher sans peine d'une fille bien constituée. Thiem introduit devant les membres du congrès la plus grosse bougie rectale dans son rétrécissement.

Ce serait, pour Thiem, le traitement de choix pour ce genre d'affection. M. Lapointe, dans sa thèse, rapporte une observation analogue où la malade, jusqu'à sa mort par tuberculose pulmonaire, deux ans après, avait conservé un calibre rectal suffisant et ne souffrait plus de sa rectite. Depuis, nous n'avons pu rassembler que les sept observations de dilatation rétrograde rapportées plus haut, où la colomie ait été temporaire.

Dans les cas où le traitement ultérieur a été l'extirpation, la fermeture de l'anus iliaque n'a été que rarement pratiquée. Jusqu'en 1897, nous n'avons pu trouver que celle

de Körte (1) (et encore, c'est sur l'insistance du malade que le chirurgien se décide à lui extirper son rétrécissement et à refermer son anus iliaque), et celle de Kammerer (2). MM. Quénu et Hartmann, dans une note de leur remarquable étude sur les rétrécissements du rectum, proposent déjà, si la colotomie guérit la rectite, de faire l'extirpation secondaire, puis de rétablir ensuite le cours normal des matières. Depuis 1897, les exemples sont un peu plus fréquents, car un certain nombre de chirurgiens prennent comme règle de ne pas extirper une sténose rectale sans faire une colotomie préliminaire qu'ils referment ensuite, à moins d'impossibilité absolue de rétablir le cours normal des matières. Ainsi agissent systématiquement Mickulicz (3), en Allemagne, et notre maître M. Quénu, en France (voir nos observations).

Mais au bout de combien de temps peut-on refermer l'anus iliaque ?

C'est très variable avec les malades, il faut que la guérison soit certaine, sans cela l'amélioration consécutive à la colotomie n'est pas durable, comme dans le cas de Le Dentu, cité plus haut, où le prolapsus du bout supérieur força à refermer l'intestin plus tôt qu'on ne l'aurait voulu. Qu'il s'agisse d'extirpation ou de dilatation, la durée est très difficile à préciser. Thiem ne l'indique pas dans son observation ; dans celle de Lieblein, l'anus n'a été oblitéré qu'au bout de quatorze mois ; de deux ans, chez la malade XIII de la thèse de Lapointe ; neuf mois chez celle de Souligoux et Lapointe. Dans notre cas I, M. Quénu ferma la colotomie trois mois après l'extirpation, mais il ne l'a pas encore fait chez notre deuxième malade, dont la résection date de dix mois, car il persiste chez lui encore des traces de rectite.

M. Chaput (4) estime qu'une fois que la dilatation du rec-

(1) Kœrte *Berlin. klin. Wochensch.*, 1894, n° 38, p. 878.

(2) Kammerer. *Ann. of surgery*, 1895, T. I, p. 1.

(3) Mickulicz. Voir *Thèse de Berndt*, Breslau, 1898.

(4) Chaput. Rapport sur l'observation de MM. Souligoux et Lapointe. *Société de Chirurgie*, 1901, 31 juillet.

tum est suffisante et que la suppuration est tarie, il suffit d'attendre un mois et qu'on peut refermer l'anus.

M. Potherat répondit à M. Chaput qu'il pensait que la dérivation devait être plus prolongée, il rappela la malade dont l'histoire est rapportée par Lapointe (observation XIII), où la rectite, qui avait disparu, revint, la dilatation ayant été cessé quelque temps. M. Lapointe partageait l'opinion de M. Potherat puisqu'il écrivait dans sa thèse: « Il n'y a pas à tenir compte du temps écoulé : l'amélioration suffisante du rectum et le retour d'un calibre acceptable sont les seules indications de la fermeture secondaire de l'anus artificiel ; mais on ne devra jamais se hâter et je crois qu'une dérivation d'un an est un minimum au-dessous duquel il ne faudra jamais descendre. »

Il nous semble aussi que la durée, fixée par M. Chaput, est un peu courte et nous pensons qu'il y aurait intérêt à laisser s'écouler de six mois à un an après la disparition complète de la rectite, avant de suturer l'orifice de la colotomie pour être bien assuré d'un résultat définitif.

Comment devra-t-on procéder à cette fermeture ? Cette question a fait l'objet de nombreuses discussions et donné naissance à une grande variété de méthodes. Nous pensons que, dans le cas que nous envisageons, la solution est aisée; en effet, l'anus contre nature ayant été fait pour être essentiellement temporaire, il n'y a pas lieu de discuter l'entérotomie, par exemple. On pourra agir comme MM. Souligoux et Lapointe, en deux temps : 1° appliquer l'entérotome sur l'éperon ; 2° faire une entérorraphie latérale sans ouvrir le péritoine.

M. Chaput trouve ce mode trop long et préfère celui qu'il a décrit (1). Aerts (2), dans sa thèse, a montré, tout récemment, les grands avantages du procédé de M. Chaput. Rappelons qu'il consiste à faire d'abord une brèche de 8 à 9 cen-

(1) Chaput. Nouvelle méthode pour la cure de l'anus conrte nature. *Archives générales de médecine*, 1890 et 1891.

(2) Aerts. *Thèse de Nancy*, 1903-1904. Du traitement chirurgical de l'anus contre nature.

timètres à l'éperon, puis à disséquer sur toute sa circonférence le cylindre bi-intestinal, à abraser, sur une hauteur d'un centimètre, avec des ciseaux, la muqueuse exubérante tout autour ; la couche sous-jacente se trouve avivée et prête pour la réunion qui ne doit pas comprendre la muqueuse, et se faire à points séparés assez rapprochés pour qu'on ne puisse pas passer une sonde cannelée entre eux.

M. Quénu a décrit, dans la thèse de son élève Nicolas (1), la technique qu'il emploie pour refermer l'anus iliaque : *Premier temps :* il circonscrit l'orifice par deux incisions courbes qui se rejoignent et sont distantes de 7 à 8 millimètres de la muqueuse ; puis dissèque l'intestin jusqu'à un centimètre de profondeur ; il excise la couronne de peau qui borde l'orifice intestinal, rebrousse en dedans la muqueuse, suture par un surjet au catgut (perpendiculaire à l'axe de l'intestin), les tuniques musculeuses avivées, en prenant bien garde de ne pas traverser la muqueuse. Désormais, on est à l'abri de l'irruption des matières.

Deuxième temps : on achève alors la dissection de l'anse intestinale, divisant les adhérences cellulo-graisseuses, musculaires, aponévrotiques, pour dégager l'anse de l'épaisseur de la paroi ; seulès, les adhérences péritonéales sont respectées ; si l'ouverture du péritoine est nécessaire, on n'hésite pas à la faire (l'intestin étant fermé, elle n'offre plus aucune espèce de danger) ; puis, on la suture par un surjet.

Troisième temps : on détache les adhérences qui unissent entre elles les branches du coude intestinal, et on rétablit la direction rectiligne de l'intestin, en effaçant complètement l'éperon par quelques tractions ; si elles n'étaient pas suffisantes, on n'hésiterait pas à inciser la couche séreuse de chaque segment, quitte à la suturer après. M. Quénu fait ensuite un deuxième et même, s'il est besoin, un troisième surjet des musculeuses, en ayant bien soin de toujours respecter la muqueuse.

(1) Nicolas. De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et, en particulier, de sa fermeture. *Thèse de Paris*, 1900.

Quatrième temps : suture, plan par plan, de la paroi abdominale ; on met un drain dans l'angle inférieur de la plaie et en contact direct avec la suture intestinale, on le laissera huit jours ; il est placé là en vue de l'issue possible des gaz ou de liquides diarrhéiques.

Notre maître, M. Quénu (1), insiste spécialement dans cette fermeture d'anus iliaque, sur la nécessité qu'il y a à ce que les tuniques musculaires que l'on veut accoler ensemble, soient tout à fait sèches. Ce n'est pas qu'il craigne l'infection peu probable à ce niveau, mais il a constaté que, si l'on rapprochait des surfaces légèrement humides, il se produirait ultérieurement un léger suintement à cet endroit ; dès lors, la suture n'est plus d'une étanchéité parfaite, ce qui a une grosse importance, car il faut, avant tout, éviter la formation d'une fistule qui n'aurait que trop de tendance à se produire dans ce cas.

La colostomie est donc, en définitive, un excellent moyen de traitement pour les rétrécissements du rectum. Nous ne saurions trop insister sur la bénignité de cette intervention qui permet de l'employer sans danger, même chez les cachectiques.

L'anus iliaque assure le libre écoulement des matières, pare ainsi aux accidents d'obstruction et supprime les douleurs ; d'autre part, mettant le rectum au repos, il permet à la muqueuse rectale enflammée de ne plus être irritée et traumatisée sans cesse par le passage des fèces ; la suppuration rectale va, par suite, diminuer et l'état général s'améliorer.

Pour toutes ces raisons, l'anus contre nature rend les plus grands services, comme temps préliminaire de l'extirpation, ainsi que nous le verrons ultérieurement. Quand l'ablation de la sténose n'est pas possible, à cause de l'étendue des lésions (cas de Gérard Marchant, Routier, Ber-

(1) Communication orale.

ger) (1), ou quand il y a eu récidive après la résection, la colotomie reste le seul moyen à employer pour assurer aux malades une vie supportable.

Nous devons donc dire, que, si l'anus iliaque n'a aucun pouvoir curatif et doit céder le pas aux méthodes ayant ce privilège, il est de beaucoup le meilleur des palliatifs et la ressource ultime, quand tous les autres moyens ont échoué.

(1) Gérard-Marchant. Rétrécissement du rectum et du côlon descendant. (*Société de Chirurgie*, 1898. (Discussion MM. le professeur Berger, Routier, Ricard).

EXCLUSION DU RECTUM

Dans certains cas, malgré ses avantages considérables, la colotomie ne suffit pas à enrayer définitivement la rectite ; après une amélioration de plus ou moins longue durée, les malades reviennent se plaindre de la réapparition de leur écoulement purulent par l'anus. C'est ce qui s'est produit dans notre observation n° 7, où la malade est revenue, six mois après, retrouver M. Quénu.

Quel traitement doit-on employer dans ces rétrécissements du rectum, où le symptôme sténose disparaît par l'anus iliaque, mais où le symptôme rectite persiste ? (nous avons déjà montré, plus haut, quelles souffrances il causait aux patients obligés de se garnir perpétuellement).

La question est restée sans solution jusqu'à ces dernières années.

Notre maître, M. Quénu, pensant que, chez sa malade, la rectite était peut-être entretenue par quelques sécrétions venant du bout intestinal supérieur, eût l'idée de fermer, en 1897, le bout inférieur de l'anus contre nature, pratiquant une exclusion complète d'une partie de l'anse sigmoïde et du rectum. Il estimait, en outre, qu'il obtiendrait une atrophie plus ou moins complète du rectum, et, par suite, de sa muqueuse, de ses glandes, et qu'il arriverait ainsi à diminuer la rectite. Le résultat fut en complète concordance avec les idées de notre maître, car, depuis ce moment, l'écoulement de pus et de sang diminua graduellement, si bien que la malade put retourner chez elle au bout d'un mois ; le suintement ne se fait plus qu'à des intervalles de plus en plus éloignés ; et, en 1904 (7 ans après), pendant le temps où nous l'avons suivie à l'hôpital,

c'est tout juste si nous avons pu trouver quelques taches sur la compresse que nous lui faisions porter 24 heures.

M. Quénu a eu l'occasion de pratiquer une deuxième fois cette exclusion du rectum, en 1903, sur une malade atteinte d'un rétrécissement péri-rectal; il a aussi obtenu un beau succès (1).

Indépendamment de ces deux cas de notre maître, M. Quénu, nous n'avons pu trouver dans la science qu'un seul cas d'exclusion du rectum pour sténose rectale. C'est celui de Goyanès, sensiblement postérieur, qui a été accompagné « d'une colotomie retro-rectale » et que nous rapportons plus loin.

L'avenir du rectum exclus est très intéressant à étudier. Nous savons depuis longtemps que, chez les opérées de colotomie, il se produit une certaine diminution du calibre rectal. C'est ainsi que, dans le cas de Gläser, où l'autopsie fut faite, 28 ans après (2) l'ouverture de l'anus iliaque, nous trouvons les constatations suivantes : anus à plis rayonnants, admettant juste la pulpe du petit doigt ; le rétrécissement est donc infranchissable, même pour les plus petites sondes. Le côlon pelvien et le rectum sont réduits à un cordon fibreux, long de 15 centimètres, dont la cavité n'admet que des sondes fines. Cette cavité est tapissée par une membrane qui ressemble plus à une séreuse qu'à une muqueuse.

Arnaud rapporte une observation analogue de Villard, très intéressante, car le rectum atrophié a été examiné histologiquement.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui avait été colostomisée dix ans auparavant par Jaboulay pour un rétrécissement très serré du rectum. La malade, dont l'anus iliaque ne fonctionnait

(1) M. Jonnesco, dans un cas de sténose rectale auquel il fit subir un traitement assez complexe, aurait eu l'occasion de procéder à l'exclusion du rectum, mais son observation ne nous a pas semblé bien claire. (*Société de Chirurgie de Bucarest*, 1906, T. V, l. 135.)

(2) Glaser. *Archiv. fur klinische Chirurgie*, Berlin, 1887, t. XXXIV, p. 459.

plus, vint mourir de cachexie dans le service de M. Villard. A l'autopsie, on trouve l'anus vrai complètement obturé, on peut pénétrer jusqu'à 4 ou 5 centimètres du sphincter, puis on est arrêté. Le rectum et le colon pelvien sont transformés en un cordon fibreux dont la lumière est obstruée, par endroits, sur une longueur de 10 centimètres environ.

Examen histologique fait par M. le professeur agrégé Paviot :

1° Bord d'un ancien anus contre nature. On voit le bourrelet offrant en surface l'épithélium cutané épaissi, puis au-dessous, l'arrivée à angle droit de gros faisceaux musculaires lisses intestinaux et recouvrant la face interne de bourgeons charnus. Un peu fibroïde, mais rien de néoplasique ;

2° Examen du rétrécissement du rectum et d'un anus contre nature.

Rectum. — Sur le fragment qui nous parvient, on voit, au milieu d'une atmosphère cellulo-adipeuse, les faisceaux nombreux et hypertrophiés d'un muscle lisse. Les faisceaux de celui ci sont assez régulièrement en travers de la périphérie et ces derniers, entourés comme par des écharpes, par des faisceaux plus grêles vus en large. En dedans, la plupart des faisceaux paraissent vus en long. Quoiqu'il en soit, ces muscles lisses, hypertrophiés, sont le siège d'une inflammation manifeste, qui aboutit à leur augmentation ; des cellules, à noyaux fusiformes ou ovales se coulent dans une substance granuleuse sans substance musculaire et y prennent un groupement en faisceau. En somme, processus inflammatoire lent, aboutissant à une hypertrophie.

Anus iliaque. C'est le même type de lésions ; on ne retrouve pas davantage de muqueuse. Mais, soit dans les faisceaux musculaires, soit dans les faisceaux fibreux qui traversent un tissu adipeux, on revoit toujours la même infiltration qui, par endroits, devient fibroïde.

Arnaud pense que ce processus scléreux atrophique peut-être, soit particulier à la syphilis du rectum, soit dû à une hypo-fonctionnalité de ce segment intestinal.

Nous estimons que c'est surtout cette deuxième cause qui doit être incriminée, et nous en donnerons comme exemple notre observation n° 7, le rectum étant exclu complètement n'avait plus du tout à servir ; il ne pouvait même pas

être irrité par des sécrétions venues du bout supérieur abouché à la peau (colotomie iliaque comme dans les cas de Gläser et de Villard), aussi, chez notre malade, au bout de 7 ans seulement (et non de 10, ou de 28 ans comme dans les deux autres observations), l'atrophie est encore bien plus complète ; non seulement il est impossible d'introduire le doigt dans l'anus, mais nous essayons en vain de passer les plus fines sondes, elles s'arrêtent immédiatement au-dessus de l'orifice anal ; il y a donc une atrophie complète du segment exclu. Cette constatation est très importante, car elle répond à une question que se posaient MM. Souligoux et Lapointe (1), à propos de leur observation. Ils se demandaient si l'exclusion très prolongée du rectum ne pourrait pas permettre de lui rendre ultérieurement son calibre par la dilatation.

L'idée de fermer le bout inférieur d'un anus iliaque ne date pas de plus de vingt-cinq ans ; c'est, en effet, Schitzinger (2), en 1881, qui aurait tenté le premier cette intervention ; mais si, depuis cette époque, elle a été pratiquée pour cancer du côlon pelvien, préconisée pour fistules sigmoïdo-vésicales (3), c'est M. Quénu qui l'a, pour la première fois, appliquée au traitement des rétrécissements du rectum. Il emploie la technique suivante : on commence par disséquer la muqueuse de l'orifice du segment intestinal inférieur et par la séparer complètement de la peau ; puis, on détruit à prudents coups de ciseaux, les adhérences qui existent entre la paroi de l'intestin et les divers plans de l'abdomen. On rebrousse alors la muqueuse en dedans, et on procède à son enfouissement en suturant par-dessus elle la tunique musculaire.. Il faut bien se garder de faire des points perforant la muqueuse, ce qui serait une grave faute. La suture doit, bien entendu, être disposée perpendiculairement au grand axe de l'intestin ; on peut, dans certains cas, par surcroît de précautions, faire un deuxième plan

(1) Souligoux et Lapointe. *Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 1223.

(2) Schitzinger. *In Thèse* Pierre Duval, Paris 1902. Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien.

(3) Ballance. *The Lancet*, 10 mars 1883.

par-dessus en prenant de plus loin la tunique musculaire. On complète ensuite, s'il est nécessaire, la libération de l'intestin par rapport à la paroi jusqu'au niveau des adhérences péritonéales que l'on respecte, évitant autant que possible, d'ouvrir le péritoine. On avive les divers plans de l'abdomen et on fait une suture soignée des muscles, de l'aponévrose du grand oblique, enfin de la peau ; on a ainsi rétréci de moitié l'incision faite pour l'anus iliaque, il ne reste plus qu'à suturer à la peau la portion de muqueuse de l'orifice supérieur qu'on a dû décoller pour pouvoir fermer l'orifice inférieur.

Ce procédé a le grand avantage de permettre l'oblitération complète de la cavité intestinale avant qu'on arrive au contact du péritoine ; de telle sorte que, si on est forcé de l'ouvrir, on ne risque pas de l'infecter ; il est, de plus, extrêmement simple et a donné de très bons résultats dans les deux cas où il a été employé.

L'exclusion du rectum peut donc être considérée comme une opération bénigne et appelée à rendre de grands services dans les cas où la suppuration rectale persiste, malgré la création d'un anus iliaque.

EXTIRPATION

Il est très difficile de savoir quand fut pratiquée la première extirpation du rectum pour rétrécissement, car, pendant longtemps, cancer et sténose ont été confondus sous le nom d'induration squirrheuse du rectum. C'est même ce qui explique les longues survies constatées à la suite de ces pseudo-cancers.

Il semble cependant que c'est à Lisfranc que revient l'honneur de la première résection du rectum pour stricture, faite le 13 février 1826 ; bien que l'observation publiée par son élève Pinault (1) soit cataloguée sous le nom générique de cancer, elle paraît se rapporter, comme le dit avec raison Carré (2), à un rétrécissement inflammatoire.

L'opération de Lisfranc passa, du reste, complètement inaperçue et il faut aller jusqu'en 1864 pour voir faire, de propos délibéré, une ablation de rétrécissement par Gläser (3) ; il faut, en outre, faire remarquer, ainsi que le montre l'histoire de sa malade, que l'opération paraît avoir été faite beaucoup plus pour guérir une vaste fistule recto-vaginale, que contre la sténose qui laissait facilement passer l'index. Il y eut récidive de la stricture dès le trente-huitième jour, et Gläser dût, après l'échec d'une dilatation de neuf mois, faire un anus iliaque pour remédier à des accidents d'obstruction.

(1) Pinault. Dissertation sur le cancer du rectum et sur l'extirpation de la partie inférieure de cet intestin. (*Th. Paris*, 10 août 1829).

(2) Carré. Du rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Thèse de Paris*, 1893.)

(3) Glaser. *Archiv. fur klinische Chirurgie*, 1867-1868, T. IX, p. 509.

Ce n'est qu'en 1877 que nous trouvons un deuxième cas d'extirpation de rétrécissement, dû à Lawson (1) et il y eût aussi récidive ; puis quelques faits isolés en Autriche et en Allemagne, où Hochenegg, Schuchardt, Riegner, Israël, obtiennent des succès, cherchent à préciser les indications de la résection et à l'opposer à la colotomie, défendue par Hahn, comme nous l'avons vu au Congrès allemand de chirurgie de 1883. En Allemagne, les partisans de l'extirpation semblent plus nombreux ; ils déclarent que, « seule leur méthode permet de compter sur une guérison certaine et définitive et d'écarter le spectre de la récidive » ; en Angleterre, par contre, on préfère la colotomie. Les chirurgiens français employaient la rectotomie linéaire de Verneuil et Gosselin (2), ne craignait pas d'écrire en 1881 : « L'excision ne doit pas être appliquée aux rétrécissements non cancéreux. »

M. Segond (3), le 19 août 1887, fit le premier l'ablation systématique en France, d'une sténose inflammatoire compliquant un prolapsus chez un menuisier de 32 ans.

A la même époque, on essaie d'extirper les rétrécissements par une nouvelle voie (jusqu'ici on les avait toujours abordés par le périnée). Bardenheuer (4) propose, en effet, de leur appliquer la méthode inventée par Kraske pour le cancer, méthode qui est aussitôt très employée en Allemagne.

A la Société de chirurgie, en 1891, une importante discussion a lieu sur cette question, à la suite des communications de MM. Quénu (5), Richelot, Terrier. « J'admets, disait alors M. Richelot, que la dilatation ne vaut rien, que

(1) Lawson. *The Lancet*, 1879, T. I, p. 512.

(2) Gosselin. Art rectum. Dictionnaire Jaccoud, cité par Lapointe.

(3) Rapporté *in Thèse* de Lyot. Traitement du prolapsus du rectum. (*Thèse de Paris*, 1890.)

(4) Bardenheuer. *Sammlung klinischer Vortrage*, 1887.

(5) M. Quénu a extirpé le premier rétrécissement dit syphilitique en France en juin 1890, le second l'a été par M. Richelot en novembre 1890.

les résultats de la rectotomie postérieure sont précaires et que le traitement de choix est l'ablation pure et simple des tissus rétractiles et indurés. » Et presque tous ses collègues furent de cet avis.

Nous devons ajouter qu'une nouvelle voie pour aborder les rétrécissements, la voie transvaginale, a été préconisée en France, par M. Campenon (1) ; en Suisse, par M. Herzen (2).

Enfin, pour être complet dans cette historique de l'extirpation, nous signalerons la voie abdomino-périnéale, employée par Giordano, en Italie, et Kümmel, en Allemagne ; et la voie anale, suivie, avec des modalités très différentes, par Hartmann, Segond, Quénu.

L'ablation des rétrécissements du rectum peut se faire par cinq voies, que nous allons étudier maintenant :

1° La voie sacrée ;
2° La voie périnéale ;
3° La voie abdomino-périnéale ;
4° La voie transvaginale ;
5° La voie anale (par les voies naturelles).

VOIE SACRÉE

C'est en 1885, au Congrès des chirurgiens allemands que Kraske (3) conseilla pour aborder le rectum, de sectionner complètement jusqu'au troisième trou sacré les ligaments insérés sur le bord latéral gauche du sacrum et du coccyx et de réséquer l'aileron gauche du sacrum, suivant une li-

(1) Campenon. 8e *Congrès français de Chirurgie*, Lyon, 1894, Séance du 10 octobre.

(2) Herzen. *Revue médicale de la Suisse romane*, décembre 1894.

(3) Kraske. Zur Extirpation hoschsitzender Mastdarmkrebs. (*Arch. f. klinische Chirurgie*, Berlin 1886, T. XXXIII, p. 562 et Die sacrale Methode der Extirpation von Mastdarmkrebsen und die Resection recti., *Berlin., klin. Wochenschrift*, 1888, n° 48).

gne courbe qui, partie du bord inférieur du troisième trou sacré gauche, se terminait au niveau de la corne gauche.

Nous n'insisterons pas sur cette technique opératoire, ni sur tous les procédés de résection osseuse définitive ou temporaire, qui ont été proposés et qui sont complètement étudiés dans la thèse de Morestin et la chirurgie du rectum de MM. Quénu et Hartmann.

Signalons cependant l'artifice préconisé par Hochenegg (1) pour éviter la formation d'emblée d'un anus sacré ; après résection du rétrécissement, il fait pénétrer le bout intestinal supérieur dans le segment inferieur laissé en place et le fixe par des points de suture à la peau de la marge de l'anus. Il pensait, ainsi, se mettre à l'abri de l'infection ; le rectum devant remonter prendre sa position normale quand les fils auraient coupé ; mais, à ce moment, le bourgeonnement des tissus voisins empêchaient la formation d'une fistule sacrée. M. Morestin a montré que cette idée était plus théorique que pratique, et que la réunion secondaire des deux bouts, se faisant par une surface bourgeonnante, devait favoriser la formation d'un rétrécissement ultérieur.

M. Richelot (2), une fois le sacrum réséqué, fait une véritable rectotomie postérieure à travers le rétrécissement et le sphincter, puis dissèque patiemment tous les tissus durs et enlève, jusqu'au delà des limites du point rétréci, toute l'épaisseur de la paroi rectale, en ayant soin d'épargner le sphincter ; puis, il suture le bout supérieur à l'anus et referme la paroi postérieure du rectum.

Reber (3) a décrit, récemment, la méthode employée dans sa clinique de Bâle, par le professeur Hildebrand, qui a modifié assez profondément la technique de Kraske. Voici les temps principaux de ce procédé :

1° Section longitudinale au niveau de la ligne médiane,

(1) Hochenegg. Beitrage zur Chirurgie des rectums und der Beckenorgane. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, p. 578.)

(2) Richelot. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, février 1891.

(3) Reber. Uber eine bisher nicht beschribene Form von Rectalstricturen und eine neue Behandlung derselben. (*Beitrage zur klinische Chirurgie*, Tübingen, p. 173, 1901, vol. 31.)

sur le coccyx et la partie inférieure du sacrum de toutes les parties molles ;

2° Résection du coccyx et d'une partie plus ou moins étendue du sacrum ;

3° Incision longitudinale de la paroi postérieure du rectum ;

4° Excision circulaire de la sténose, avec conservation du péritoine ; réunion transversale par une suture des bords supérieur et inférieur de la plaie ;

5° Suture en direction transversale de la plaie rectale postérieure, qui était longitudinale ;

6° Tamponnement de la plaie extérieure, pansement.

Hildebrand imite donc un peu Sonnenburg dans sa rectotomie externe, pendant le troisième temps opératoire ; le quatrième temps serait, d'après Reber, employé pour la première fois en chirurgie ; ainsi, le rétrécissement pourrait être enlevé complètement, sans résection d'intestin et sans ouverture du péritoine. Quant à la réunion transversale du cinquième temps, elle est imitée de la rectoplastie de Schwartz. Cette méthode donnerait de très bons résultats. Voici le résumé d'une des observations publiées par Reber :

Mme S. V....., 50 ans, journalière, sans enfant, est opérée en février 1900, à Lucerne, d'un fibrome gros comme une tête d'enfant, avec un prolongement gauche; on a fait l'incision du péritoine à la base de la tumeur ; ligature des vaisseaux, séparation horizontale du col ; ablation des annexes, péritonisation ; après l'opération, quelques diarrhées. En juin, la malade vient à Bâle, elle souffre assez vivement et pense que l'opération précédente en est la cause. Avant celle-ci, en effet, bien que constipée, la malade allait à la selle tous les deux jours sans douleur; depuis, elle a des douleurs dans le dos, de la rétention d'urine, de la fièvre ; elle souffre en allant à la garde-robe et en urinant. Depuis trois semaines, elle a constaté la présence de sang dans ses matières. Au toucher rectal, la muqueuse est saine près de l'anus, mais à 9 centimètres au-dessus, la muqueuse rectale présente des plis rayonnés, et on constate en ce point, un rétrécissement annulaire, le doigt y pénètre sans pouvoir le dépasser ; pas d'ulcération, pas de sensibilité à la pression, pas de tumeur

au-dessus de la sténose, ni d'adhérences ; cependant, entre la muqueuse rectale et le sacrum sur le côté droit, on sent des tumeurs dures, du volume d'un œuf de pigeon, pas sensibles (myomes ?). Au spéculum, on constate que la muqueuse rectale est saine au-dessous de la sténose. Les matières qui ne sont expulsées que grâce à de l'huile de ricin, sont rubanées.

Opération le 19 juin, par Hildebrand. Incision de 8 centimètres de long au-dessus du sphincter et répondant au milieu du coccyx et du sacrum ; résection du coccyx et de 2 centimètres de sacrum ; la graisse péri-rectale est sectionnée longitudinalement ; la sténose est repérée par le doigt introduit dans l'anus ; par la plaie, on sent un anneau dur et, au-dessus et au-dessous, le rectum est un peu rétréci ; isolement de la paroi rectale jusqu'à la musculeuse et ouverture par une incision verticale au-dessus de la sténose ; on arrive dans un segment intestinal où la muqueuse est normale ; entre lui et la portion inférieure du rectum, il y a une membrane en forme de dôme avec un anneau au milieu, de 2 centimètres d'épaisseur et ulcérée par place, qu'un crayon peut traverser. On incise le rétrécissement en arrière. La membrane a une consistance blanchâtre, cicatricielle et s'avance en éperon sur la paroi rectale ; excision annulaire du rétrécissement à l'intérieur de la paroi rectale ; suture circulaire des bords de la muqueuse ; réunion transversale de la paroi rectale, incisée longitudinalement ; tamponnement ; pansement.

Au microscope, on voit sur la paroi qui est normalement recouverte d'épithélium cylindrique, une proéminence de tissu conjonctif avec de nombreux vaisseaux ; elle n'est pas tapissée d'épithélium sur une certaine étendue.

Suites excellentes; par le rectum, on ne sent plus qu'une légère crête, laissant passer les deux doigts, la ligne de suture n'est ni dure, ni cicatricielle ; les selles ont lieu sans douleur, ni purgatif. La malade est revue un an après sans récidive.

Pour Reber, l'origine de ce rétrécissement serait une lésion de l'artère hémorrhoïdale supérieure, lésion produite au cours de la péritonisation dans l'intervention antérieure sur l'utérus et les annexes ; à la suite, il y aurait eu absence de vascularisation, puis sténose rectale.

VOIE PÉRINÉALE

C'est cette voie qui a été suivie la première, puisque c'est elle dont s'est servi Lisfranc. Nous trouvons décrite, dans la thèse de son élève Pinault, la technique qu'il employait ; il enlevait le segment rectal malade et laissait cicatriser par bourgeonnement la vaste perte de substance créée par l'opération.

Velpeau perfectionna heureusement l'opération de Lisfranc en suturant à la peau le segment inférieur du rectum ; nous ne ferons que signaler les modifications peu importantes, et destinées à donner du jour, proposées par Denonvilliers, qui sectionnait le raphé ano-coccygien; par Verneuil, qui réséquait le coccyx. Nous décrirons rapidement aussi les précédés de Hüter et de Duplay qui n'ont été employés qu'exceptionnellement.

Hüter (1) engagea, en 1872, à passer en avant du rectum; il faisait une incision courbe, concave en arrière, à travers le raphé ano-vulvaire, séparait le rectum du vagin jusqu'au-dessus du rétrécissement ; il isolait le rectum sur toutes ses faces, et extirpait la portion rétrécie, puis suturait les deux bouts et restaurait le périnée. En somme, comme le dit avec juste raison Lapointe, Hüter taille un lambeau à base postérieure, comprenant l'anus et le sphincter.

M. le professeur Duplay (2) dessina, au contraire, un lambeau antérieur, dans l'observation rapportée dans la thèse de Clamouse. Il fait une incision demi-circulaire postérieure en arrière de l'anus, puis une seconde du sommet de la concavité de la première, à la base du coccyx; dissection des deux lambeaux qu'on écarte, libérant ainsi les faces latérales puis antérieure du rectum; on place une ligature au-dessus du rétrécissement, puis on sectionne le rectum au-dessus du

(1) Huter. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. I, S. 485, 1872.

(2) Clamouse Rectite chronique hypertrophique. (*Thèse de Paris*, 1896.)

sphincter, qui est ainsi conservé; on abaisse la sténose qu'on fend longitudinalement en arrière ; on la résèque et on suture le bout supérieur et le bout inférieur du rectum.

Gauran (1) expose, dans sa thèse, la méthode de MM. Poncet et Jaboulay, souvent employée à Lyon. On fait une incision de la peau seulement, en raquette, dont la boucle circonscrit l'anus à 6 millimètres en dehors de la muqueuse et dont la queue se prolonge en arrière, sur le raphé ano-coccygien plus ou moins haut, suivant les besoins ; l'anus est alors saisi avec une pince de Museux et, avec l'index, on détruit ses connexions en avant, en arrière, sur les côtés ; on tire pendant ce temps l'intestin en arrière vers le coccyx ; on continue, par étages successifs, l'isolement jusqu'à ce que le rectum soit dénudé sur la hauteur voulue ; puis on amène fortement l'intestin en bas pour que toute la portion malade soit dehors. On sectionne transversalement au-dessus du rétrécissement, à petits coups, l'intestin que l'on suture à mesure à la peau de la marge de l'anus. Si on a dû ouvrir le cul-de-sac péritonéal, on le refermera dès que la libération sera terminée et, avant d'amputer, on n'hésitera pas à faire la résection du coccyx et même d'une partie du sacrum, si cela était nécessaire pour pouvoir remonter assez haut.

Notre maître, M. Quénu, qui avait extirpé, en 1891, le premier rétrécissement syphilitique en France par voie périnéale (2) montra, dès 1895, la nécessité d'avoir une technique irréprochable et très bien réglée pour l'ablation du rectum, milieu essentiellement septique et, par suite, éminemment propre à infecter mortellement les malades. Il

(1) Gauran. *Loco citato.*

(2) Dans ce cas, la sténose était située à 1 cm. de l'anus, M. Quénu fit une incision allant de la commissure anale jusqu'un peu en avant du coccyx, il remonta ainsi au-dessus du point le plus serré jusqu'à la muqueuse saine, il avait ainsi formé un losange dont il abaissa l'angle supérieur pour l'unir à l'angle inférieur de la plaie, il excisa tout le rétrécissement avec le trajet d'une fistule qui existait à ce niveau ; il lui avait été impossible de reconnaître le sphincter, il sutura enfin l'intestin à la peau de l'anus.

reprit complètement la question et exposa sa technique dans la *Revue de gynécologie* de 1898 ; nous nous contenterons, nous réservant de revenir ultérieurement sur sa méthode, qu'il a modifiée très heureusement en utilisant la voie anale, au lieu de la voie périnéale, de rappeler les principaux temps opératoires.

Il considère le rectum rétréci comme une tumeur septique et l'enlève comme tel:

1° Fermeture de l'anus ;

2° Incision des téguments superficiels de la racine des bourses au coccyx, à 2 cm. de l'anus ;

3° Incision des faisceaux moyens postérieurs des releveurs, puis du raphé ano-bulbaire, libération du rectum en avant, puis en arrière ;

4° Section du péritoine et du méso-rectum s'il y a lieu ;

5° Amputation du rectum et suture du bout supérieur à la plaie périnéale.

Cette technique a été suivie depuis, par la plupart des chirurgiens qui ont abordé les rétrécissements rectaux par le périnée.

En Allemagne, Schuchardt (1), König (2), Wegner (3), qui emploient la même voie, s'adressent à des procédés tout à fait analogues à ceux de MM. Poncet et Jaboulay, et surtout à celui de M. Quénu ; mais ils s'efforcent, autant que faire se peut, de conserver tout ou partie des fibres sphinctériennes pour éviter ultérieurement l'incontinence à leurs malades ; ils fendent systématiquement le raphé ano-coccygien pour se donner plus de jour.

Benavente a récemment enlevé une sténose tuberculeuse par la voie périnéale, par un procédé atypique en se servant d'une incision transversale de 8 centimètres au niveau de l'anus ; il supprima ensuite 8 centimètres de rectum, le

(1) Schuchardt. Beitrage zur Mastdarm Syphilis Geschwüren. (*Arch. fur Patholog. anat.*, 154, 1898, 46-62.)

(2) Konig. Die Erkrankungen des Mastdarms in Folge von Infection durch Gonorrhe und Syphilis. (*Berl. klin. Wochenchr.*, 1902, XXXIX, 417-422.)

(3) Wegner. *Langenbecks Archiv.*, Bd. LXVI.

sphincter, la majeure partie des tissus du creux ischio-rectal et du tissu cellulaire du périnée où il y avait de nombreuses fistules. Il ne put abaisser suffisamment le bout supérieur du rectum, et dut mobiliser ses parois muqueuses jusqu'à une certaine profondeur, pour pouvoir les suturer à l'orifice anal qu'il reconstitua avec des lambeaux cutanés du périnée antérieur.

Ce mode de procéder pourrait être intéressant dans les cas où de nombreuses fistules perforent le périnée, mais il sera toujours désirable de tâcher de conserver le sphincter. Benavente n'indique pas pourquoi il a été forcé de le sacrifier.

VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE

La voie abdomino-périnéale n'a été que très rarement employée pour extirper les rétrécissements du rectum, puisque nous n'avons pu en recueillir que 7 observations (2 de Kümmel, 1 de Davide Giordano, 1 de König, 3 de Navarro, 1 de Goyanes). Mais les cas où on a utilisé ce procédé étaient particulièrement difficiles, la rectite sténosante était très avancée, s'étendant à un long segment intestinal, les adhérences étaient considérables.

Sauf dans la seconde observation de Kümmel, on a toujours commencé l'intervention par l'abdomen pour la finir par le périnée. L'opération a été faite en deux séances séparées par Kümmel, en une seule séance par Giordano, König, Navarro, Goyanes.

C'est Kümmel (2) qui s'est servi le premier, en 1895, de la voie abdomino-périnéale pour un rétrécissement du rectum (il est le deuxième au point de vue de l'emploi de cette

(1) Benavente. Rectite ulcéreuse d'origine tuberculeuse, rétrécissement rectal. (*Rev. medic. de Chile julio.*, 1905, p. 193.)

(2) Kummel. In Wicting mittheil. aus A. Hamburger Staatskrankenanst. Bd. 3, Helft. 3, septembre 1901, j. 315-317.

voie, car il n'y a que le cas de Czerny où il s'agissait d'un cancer qui lui soit antérieur). Chez une syphilitique de 45 ans, très cachectique, ayant de la rectite depuis un an, des condylomes périanaux, une fistule recto-vaginale, et un rétrécissement en entonnoir, à 7 centimètres au-dessus du sphincter et qui ne laissait pénétrer que la pulpe de l'index, Kümmel fit une laparotomie médiane pour se rendre compte de l'état des organes ; il trouva le mésorectum ratatiné, l'S iliaque et l'extrémité supérieure du rectum très infiltrés et adhérents à la paroi abdominale postérieure. Il libéra autant que possible le rectum et l'anse sigmoïde du mésentère, et fit un tamponnement : 3 jours après il dut faire un anus sur le colon descendant devant l'état alarmant de la malade. Au bout d'un mois, Kümmel se décida à terminer l'opération par le périnée; au thermocautère il circonscrit l'anus, et arrive ainsi jusqu'au cul-de-sac péritonéal ; en essayant de libérer le rectum, celui-ci se déchire à 20 centimètres de l'anus, et ne se laisse plus abaisser en aucune façon. Tamponnement de la cavité. La malade mourut trois mois après, ses forces étant complètement épuisées.

Dans sa seconde observation, où existait déjà un anus iliaque, Kümmel commença par la voie périnéale ; après avoir circonscrit l'anus d'une incision, abaissé le rectum autant que possible, le cul-de-sac péritonéal étant incisé, il vit qu'il ne pouvait pas arriver sur de l'intestin sain ; le rectum presque sans lumière était transformé en un cordon cicatriciel entouré de tissus enflammés. 3 jours après, il intervint par laparotomie à côté de l'anus contre nature qui siégeait sur le colon descendant ; il constata que l'intestin était rétréci jusqu'au colon transverse, il sectionna ce dernier dans un endroit indemne de lésions, le bout inférieur est suturé et exclu. Kümmel sépara ensuite le bout supérieur du mésocolon sur une certaine étendue, pour le rendre mobilisable et après lui avoir fait subir une torsion de 180°, il en fit un anus sacré. La malade guérit et put retenir les matières solides.

Davide Giordano(1) avait affaire dans son cas à une malade très amaigrie qui ne pesait plus que 38 kilos. Le 5 septembre 1896, laparotomie ; il se trouve en présence d'une tumeur cylindrique occupant le rectum et une partie de l'S iliaque avec des ganglions ; il pratiqua l'ablation d'une salpingite muco-hémorrhagique droite, la ligature des deux hypogastriques et des deux hémorroïdales supérieures ; il coupe l'S iliaque entre deux ligatures et la détache avec ses ganglions et le tissu cellulaire pelvien de la concavité sacrée ; il incisa ensuite le péritoine du Douglas, et isola le rectum vers le bas aussi loin que son doigt put le faire. Puis il ferma l'anus par une suture comme une blague à tabac, le circonscrivit d'une incision elliptique et poursuivit la dissection jusqu'au point où il s'était arrêté par l'abdomen. Il abaissa la tumeur avec les parties malades avoisinantes, puis sectionna l'intestin entre deux fils placés sur la partie saine ; le moignon colique est fixé à la peau par deux points de suture. Suites excellentes. Il avait réséqué 36 centimètres d'intestin. Giordano insiste sur les avantages de l'hémostase par ligature préalable des hypogastriques et de l'hémorrhoïdale. « Jamais la malade n'aurait supporté le choc de l'opération, dit-il, à cause de sa cachexie, si j'avais amputé le rectum par la voie périnéale ou la voie sacrée. »

Dans le cas de König (2), il s'agissait d'une femme à qui il avait fait une colotomie un an auparavant, dont la suppuration avait reparu très abondante et dont l'anus était devenu incontinent ; le rétrécissement siégeait à 4 centimètres du sphincter.

Dans un premier temps, König fit une laparotomie en partant de l'anus iliaque, il circonscrivit celui-ci par une incision et ferma les deux bouts de l'intestin avec des tampons de gaze, puis à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ori-

(1) Davide Giordano. *Clinica chirurg.*, Milano, 30 octobre 1896, p. 463.

(2) Konig *in* Wegner. *Arch. fur klinische Chirurgie*, 1902, p. 1099.

fice de la colotomie, il sectionna l'intestin ; le segment inférieur est suturé, entouré de gaze iodoformée, libéré et descendu jusqu'au fond du Douglas : le segment supérieur est abouché à la peau.

Le deuxième temps consista à inciser le raphé postérieur, à réséquer le coccyx, et à disséquer péniblement le rectum par en bas ; on ouvre le cul-de-sac péritonéal et on attire le segment intestinal préparé dans le premier temps. La malade mourut le lendemain de péritonite.

Navarro (1) a eu l'occasion de pratiquer 3 fois l'extirpation abdomino-périnéale du rectum; il a procédé de la façon suivante. Premier temps : incision iliaque gauche de 12 centimètres, à cheval sur l'épine iliaque antéro-supérieure, et s'incurvant vers le pubis. Section de l'S iliaque, suivant la technique de M. Quénu, c'est-à-dire que la section est faite au thermocautère après ligature double, avec une forte soie. Le bout supérieur est recouvert d'un capuchon de toile stérilisée, et retenu hors du ventre. Navarro applique par précaution une pince à crémaillère au delà de la ligature. Le bout inférieur est protégé aussi par un capuchon. Il fait ensuite la section hémostatique et libératrice du méso ; séparation des adhérences unissant le rectum aux organes voisins. Deuxième temps : fermeture de l'anus avec une soie faufilée, dissection du rectum jusqu'au point déjà dégagé ; extirpation du segment intestinal, on draine largement avec des tubes et des mèches.

Goyanès (2) adopta une technique tout à fait particulière pour la partie périnéale de l'intervention; aussi croyons-nous utile d'entrer dans quelques détails à propos de son malade.

Dans un premier temps, laparotomie médiane sous-ombilicale, refoulement des anses intestinales jusqu'au diaphragme : à la limite du rectum et du colon pelvien, il

(1) Navarro. Traitement des rectites sténosantes (*Revue de Chirurgie*, 1901, XXIII.)

(2) Goyanés (José). Colostomia perineal retroproctica. *Siglo med.*, Madrid, 1905, LII, 475 et Un caso de estrechez rectal sifilitica. Colostomia rectal retroproctica (*Revista de medic. y cirurg. pract.*, 1906, p. 341.)

pratique dans le mésocolon une ouverture allant depuis son insertion intestinale jusqu'à sa base lombo-pelvienne ; on passe alors par cette ouverture deux mèches de gaze tordue que l'on va nouer au-dessus de l'intestin ; section de celui-ci au thermo ; suture en bourse du bout inférieur avec suture à la Lambert pour renforcer. Introduction alors du doigt dans l'espace plein de tissu conjonctif lâche qui se trouve entre les parties du mésocolon incisé, appliquées à la paroi pelvienne postérieure jusqu'à toucher la pointe du coccyx.

Dans un deuxième temps périnéal, le malade est mis dans la position de la taille. Incision semi-circulaire intéressant la moitié postérieure de la marge de l'anus, dissection de la muqueuse rectale dans tout son périmètre postérieur, en séparant le sphincter jusqu'à la limite supérieure de la zone sphinctérienne rectale.

Dans un troisième temps (combiné), Goyanès introduit une pince courbe large par l'abdomen en suivant l'espace rétro-rectal ou excavation sacrée ; un aide applique avec énergie l'extrémité des branches de la pince sur le plancher périnéal, tandis que l'opérateur complète avec le bistouri, la communication entre l'excavation et l'incision courbe du périnée. Une pince, introduite alors par l'ouverture périnéale, entre dans la cavité abdominale et porte la ligature de gaze jusqu'à la tête de la section du colon. Pour pouvoir amener le colon jusqu'au périnée, il est nécessaire de sectionner les deux feuillets séreux du mésocolon sans blesser les vaisseaux, ce qui se fait avec une très grande facilité. Le colon pelvien conserve son réseau vasculaire complet. L'opération se termine par la suture du périnée rétro-anal (lèvre postérieure de l'incision) au contour postérieur du bout colique et du contour antérieur de celui-ci à la muqueuse anale décollée (lèvre antérieure de l'incision). Pour empêcher la communication de l'excavation sacrée et de la cavité abdominale, on suture les bords latéraux de l'ouverture mésocolique à la surface externe séreuse du colon pelvien conduit au périnée.

Goyanès insiste sur les avantages de son procédé : tech-

nique facile, situation périnéale du nouvel anus, utilisation du sphincter périnéal pour la continence ultérieure, enfin exclusion complète du rectum malade et son indépendance du rectum néoformé.

La technique opératoire de Goyanès nous semble très intéressante et supérieure à celle qu'ont employée les autres auteurs qui ont enlevé des rétrécissements du rectum par la voie abdomino-périnéale, puisqu'il exclut le segment sténosé et ménage le sphincter ; nous ajouterons cependant que sa description est peu claire sur ce point pourtant si important et que l'on se rend mal compte de la façon dont il procède pour se servir utilement de ce sphincter au niveau du rectum néoformé. Un point qui nous semble aussi spécial et curieux dans l'observation de Goyanès, c'est ce nouvel anus placé juste en arrière de l'anus vrai, sans résection du coccyx; c'est, croyons-nous, la première fois, où l'on ait eu cette idée.

Ainsi qu'on le voit, les différents chirurgiens ont, sauf Goyanès, employé une technique sensiblement analogue dans chacun de leurs cas; nous avons cependant tenu à rapporter le procédé que chacun d'eux à employé, étant donnée la rareté des extirpations de sténose rectale par voie abdomino-périnéale.

VOIE VAGINALE

La voie vaginale a été suivie pour la première fois par Desguins d'Anvers (1) en 1890, pour un cancer du rectum ayant envahi la cloison recto-vaginale, puis par Norton (2) et Mac Arthur (3) qui obtiennent des succès en extirpant par là des épithéliomas du rectum. M. Campenon (4) employa

(1) Desguins. *Annales de la Société de médecine* d'Anvers, septembre 1890.

(2) Norton. *Transact. Clinic. Soc.*, London, 1890.

(3) Mac Arthur. *American journal obstet.*, 1891, vol. XXIV, p. 567.

(4) Campenon. 8e *Congrès de Chirurgie, Lyon*, 1894, Séance du 10 octobre.

ce procédé pour un rétrécissement syphilitique en 1894 ; il fendit toute la cloison recto-vaginale, sectionna le rectum à 2 centimètres de l'anus, disséqua de bas en haut la sténose, réséqua l'intestin au-dessus, puis il sutura les deux bouts de l'intestin en 2 plans, réunit les deux segments du sphincter et fit une périnéorraphie. Il obtint un beau succès.

Résumé de l'observation de M. Campenon. — Femme de 26 ans, constipée depuis plusieurs années ; n'a de signes de rétrécissement et de rectite que depuis deux mois ; la sténose siège à l'union de l'anus et du rectum, à 1 cm. 5 de hauteur et admet à peine le bout de l'index. Surface lisse dans la demi-circonférence antérieure, granuleuse en arrière. On pense qu'il s'agit d'un rétrécissement d'origine blennorrhagique.

8 Août 1894 Opération. Sur le doigt introduit dans le rectum, on fend, par transfixion, toute la cloison recto-vaginale, la fourchette et l'anus ; on peut voir alors, et tâter la sténose et les parties ambiantes dans toute leur étendue ; les lésions remontent plus haut qu'on ne l'avait cru au toucher. Section transversale du rectum à 2 centimètres au-dessus de l'anus, puis dissection facile sur une hauteur de 8 centimètres. On libère et abaisse le bout supérieur qu'on excise par une deuxième incision transversale, parallèle à la première. La paroi excisée mesure 5 centimètres. La réparation comprend trois temps : affrontement des deux bouts de l'intestin par deux plans de suture, une muqueuse et une musculeuse, restauration du sphincter par trois points de suture à la soie, périnéorraphie à la soie pour le vagin, au fil d'argent pour le périnée et la fourchette. Durée, trois quarts d'heure. Suites simples, légère désunion des lèvres de la muqueuse rectale à la partie antérieure, mais elle guérit en quinze jours. Il n'y a jamais eu d'incontinence, même pour les matières liquides. Deux ans après, la malade revue ne souffre plus et va régulièrement à la selle, elle reprend son travail.

Presque en même temps, Herzen (1) publia une observation analogue. Il fait une incision courbe au niveau du périnée, entre la vulve et l'anus, il évite ainsi la section du

(1) Herzen. *Revue médicale de la Suisse romande,* décembre 1894.

sphincter ; puis, pour se donner du jour, il fend la paroi vaginale postérieure, et libère son rétrécissement qu'il sépare en bas, puis en haut des parties saines, enfin il l'accouche par l'anus dilaté au préalable. Suture du vagin et du périnée.

Observation de Herzen (*résumée*). — F..., 36 ans ; signes de sténose depuis trois ans ; a subi sans succès le traitement spécifique, la dilatation forcée, la rectotomie interne ; l'état général est mauvais, le rétrécissement est à la limite de la portion anorectale, n'admet pas le petit doigt ; pas d'ulcération.

Opération, le 11 mars 1894. Dilatation forcée de l'anus, périnéotomie transversale par une incision courbe de 8 centimètres jusqu'au Douglas ; pour avoir plus de jour, section de bas en haut sur la ligne médiane de toute la paroi postérieure du vagin; les deux lambeaux écartés, il est facile d'isoler le rectum. On le sectionne transversalement à 3 centimètres au-dessus du sphincter anal, la partie rétrécie est alors saisie avec une forte pince introduite par l'anus. On libère le rectum des tissus environnants et on tire jusqu'à ce que le rétrécissement soit accouché par l'anus ; section transversale du rectum à 3 centimètres au-dessus de la partie rétrécie. Le bout supérieur du rectum est fixé au bout inférieur par deux plans de suture. Réunion des lambeaux vaginaux y compris le tissu conjonctif recouvrant la face antérieure du rectum ; suture au crin de Florence de la peau et de la muqueuse vulvaire. Suites normales. Pas d'incontinence, selle normale tous les deux jours. Trois ans après, la malade a engraissé, les garde-robes sont régulières, sans effort ni douleur ; partout la paroi rectale est souple.

M. Thouvenin (1) consacre, quelque temps après, sa thèse à l'abord du rectum par la voie vaginale, il expose la méthode de M. Vautrin qui est absolument analogue à celle de M. Campenon, sauf qu'il dissèque le rectum de haut en bas au lieu de bas en haut.

Murphy (2), publia dans le *Philadelphia medical journal*,

(1) Thouvenin. De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum. (*Thèse de Nancy*, 1896.)

(2) Murphy. Résection du rectum par le vagin. (*Philadelphia medical Journal*, 1901 et *Revue de Gynécologie*, 1901, p. 544.)

une technique un peu différente qu'il emploie pour les cancers du rectum, cette technique serait excellente dans les sténoses élevées. Il dilate le vagin avec des valves, attire le col utérin en haut, et ouvre transversalement le cul-de-sac postérieur ; il incise le péritoine et explore les connexions de la tumeur à enlever, puis fend longitudinalement la cloison recto-vaginale du cul-de-sac à l'anus y compris le sphincter, il libère le rectum des lambeaux vaginaux, et alors il peut amener l'anse oméga dans la plaie ; il incise alors la paroi antérieure rectale et réséque l'intestin 2 centimètres au-dessous du néoplasne, il met des pinces pour obturer la partie supérieure, et mobilise le segment malade, jusqu'à ce qu'il descende facilement, sectionnant au besoin le méso de l'anse oméga ; résection du dessus du néoplasme et suture à la soie de la partie supérieure de l'anse oméga au segment anal ; les fils sont placés de dedans en dehors, de façon que les nœuds soient dans la lumière de l'intestin ; suture de la paroi antérieure du rectum, des extrémités du sphincter et de la paroi postérieure du vagin.

M Lejars (1), tout récemment enfin, a opéré une malade en employant la technique de Rehn de Francfort pour les cancers : son procédé est un mélange de celui de Murphy et de celui de Herzen : il ouvre le cul-de-sac péritonéal comme Murphy, mais conserve le sphincter comme Herzen et comme lui accouche par l'anus le rétrécissement réséqué, et a eu un bon résultat.

Observation de Lejars (*résumée*). — Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, qui avait commencé, en juin 1902, à souffrir au moment des garde-robes et à perdre du sang abondamment par l'anus ; à ce moment, constipation opiniâtre et en même temps, envies fréquentes d'aller à la selle ; matières rubanées, en dehors des périodes de diarrhée ; du sang et du liquide jaunâtre, fétide, irritant, s'échappe presque constamment par l'anus. Entrée à l'hôpital en juin 1903. Etat général fort mauvais ; insomnie le soir, fièvre, facies pâle, terreux. Au toucher, on sent, au-dessus du sphincter, une sorte de virole épaisse,

(1) Lejars. *Société de Chirurgie*, juillet 1904.

dans laquelle le doigt ne pénètre qu'avec peine et avec de grandes souffrances ; cette virole est surtout développée au niveau de la paroi postérieure et gauche, se prolongeant en avant et latéralement par des brides irrégulières et mamelonnées.

Le 26 juin 1903, dilatation sous chloroforme ; la dilatation progressive étant impossible à cause de la sensibilité extrême ; on reconnait à la région ampullaire inférieure, une bride circulaire, étroite et autour, aussi bien qu'au-dessus des épaississements irréguliers ; la dilatation est pratiquée peu à peu avec des bougies rectales de diamètre croissant et on laisse à demeure un gros tube de caoutchouc entouré de gaze stérilisée.

Le résultat ne fut que passager et, en *octobre*, malgré les séances assez irrégulières, du reste, de dilatation, les accidents étaient les mêmes qu'en juin.

M. Lejars se décide à extirper la zone malade et rétrécie par le vagin. Il fit sur la paroi vaginale postérieure une incision verticale, complétée à ses deux extrémités par un trait transversal, il rabattit ainsi en deux lambeaux, la paroi vaginale, puis disséqua et isola l'ampoule rectale d'avant en arrière et de bas en haut, en pinçant et en liant successivement les vaisseaux qui saignaient ; le cul-de-sac péritonéal est ouvert, le rectum abaissé, tout le segment inférieur est amené en anse dans le vagin ; le segment à exciser est lié en haut et en bas, cette seconde ligature correspondant à la limite supérieure de la zone sphinctérienne, est alors sectionné et enlevé; puis, après avoir retroussé par l'anus, décollé et reséqué la muqueuse anale,M. Lejars fit passer le bout rectal supérieur dans le canal sphinctérien, et le sutura à la peau. Les plans péri-rectaux furent reconstitués et rapprochés par des surjets au catgut, le cul-de-sac péritonéal fermé, et les deux valves de la paroi vaginale rapprochées et suturées par leur bord. Un tube rectal est laissé pendant les premiers jours. Guérison; désunion de quelques points anorectaux ; au bout d'un mois, sortie de l'hôpital.

Depuis, les défécations sont régulières et indolentes, le ténesme et les hémorrhagies ont disparu. Le 16 avril dernier, la malade revient avec une petite fistule périnéale antérieure, par où ne passe qu'un peu de liquide purulent ; M. Lejars l'opère en sectionnant la paroi supérieure du court trajet, en excisant et en avivant le pourtour et en réunissant, pour finir, la fourchette. Guérison complète. Aujourd'hui, la paroi ano-rectale est souple, régulière, pas de trace de récidive (il y a neuf mois de-

puis l'intervention), la malade a engraissé, l'état général est excellent.

VOIES NATURELLES OU VOIE ANALE

C'est Dieffenbach qui le premier a préconisé l'emploi de cette voie pour l'ablation aussi bien des cancers annulaires (1) que des sténoses inflammatoires, avec intégrité du trajet anal. Nous reproduirons la description qu'Esmarch (2) donne de ce procédé : « Section de la commissure anale antérieure jusqu'au bulbe de l'urètre, puis de la commissure postérieure jusqu'à la pointe du coccyx ; incision circulaire de la muqueuse anale au point où elle s'unit avec la peau de la marge, libération de cette muqueuse par rapport au sphincter. Les deux moitiés du canal anal, dépouillées de muqueuse, sont réclinées latéralement, on sectionne transversalement toute l'épaisseur de la paroi rectale à 2 ou 3 centimètres au-dessous du rétrécissement, on dissèque le rectum de bas en haut et quand il est mobilisé, on le coupe transversalement au-dessus des tissus malades ; enfin on coud le bout de la section intestinale à celui du canal anal et on suture l'incision faite au périnée et au pli interfessier. » Nous devons cependant faire observer que déjà Lisfranc avait conseillé de décoller la muqueuse rectale et recommandé de ménager le sphincter.

M. Hartmann (3) a proposé au Congrès de Chirurgie, en 1893, une méthode spéciale pour les sténoses annulaires, mobiles, sus-sphinctériennes et accessibles par l'anus. Après dilatation de l'anus, il saisit le rétrécissement avec les pinces de Richelot et l'abaisse doucement jusque vers l'anus : il sectionne circulairement les parois rectales au-

(1) Nous ne nous occuperons pas des différents procédés proposés par Duret. (*Acad. de médecine*, 1902), Villard, Tixier (*Soc. ciété de Chirurgie Lyonnaise*, 1905), pour extirper par la voie transanale les cancers du rectum, ces derniers ne rentrant pas dans notre sujet.

(2) Esmarch. Krankheiten der Mastdarms und des Alters, p. 203.

(3) Hartmann. *Congrès de Chirurgie*, 1893, Séance du 7 avril.

tour et au-dessus de la stricture, qu'on décolle des parties voisines avec le doigt, sinon au ciseau ou au bistouri, comme dans le 2e temps de l'hystérectomie vaginale ; quand on est parvenu au-dessus du rétrécissement, on sectionne les tuniques rectales, et on met des pinces qui servent à faire descendre le bout supérieur ; on le maintient abaissé par des points de suture. Au bout de quelques jours, les fils coupent, le rectum remonte comme dans le Hochenegg, les adhérences qui se sont produites le maintiennent en bonne place.

M. le professeur Segond a imaginé un procédé excellent pour extirper les rétrécissements de la partie inférieure du rectum. Ce procédé est brièvement mentionné dans la thèse de Gauran (1), et a été minutieusement exposé par M. Segond (2) à la Société de Chirurgie et par M. Lapointe dans sa thèse. Il se rapproche un peu du procédé de Dieffenbach, mais en diffère par ce point important qu'il ne fend pas l'anus en deux valves et que, par suite, on n'a plus à craindre l'absence de coaptation des deux extrémités du sphincter.

M. Segond commence, la malade étant en position dorso-sacrée, par « faire avec les doigts une dilatation lente, cadencée et très complète du sphincter, c'est le premier temps. En procédant ainsi, on obtient un accès des plus larges et ultérieurement ce sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions. »

Dans un deuxième temps, procédant comme pour un Whitehead, il incise circulairement la muqueuse anale à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau, ce qui est nécessaire pour que la cicatrice de la suture ultérieure soit cachée dans la dépression anale, la muqueuse tendant sans cela à prolaber.

Puis il dissèque la muqueuse dans toute la hauteur du sphincter par une série de petits coups de ciseaux; on maintient alors la béance du sphincter par deux écarteurs.

(1) Gauran. *Thèse de Lyon*, 1895.
(2) Segond. *Société de Chirurgie* 6 mars 1895.

Le troisième temps est rendu plus ou moins difficile suivant le degré de péri-rectite et de friabilité des parois rectales, il consiste à disséquer et à isoler à coups de ciseaux, ou au moyen des doigts, ce qui est souvent plus commode, le segment rectal malade de la gangue fibreuse qui l'entoure, et on l'attire vers l'anus à mesure. On doit poursuivre la libération jusqu'à ce que l'affrontement entre le point où portera la résection et la peau de la marge, soit possible sans aucun tiraillement, car sans cela on s'exposerait à voir les fils lâcher, l'intestin se rétracter laissant entre le rebord cutané et le rebord muqueux un anneau bourgeonnant, menace d'un rétrécissement ultérieur.

M. Segond engage pour terminer l'opération à ne pas réséquer la portion malade avant de la suturer, ce qui obligerait à mettre des pinces de repérage ; il conseille de fendre de bas en haut sur la ligne médiane et dans toute sa hauteur le segment « dégainé » ; on passe alors un premier point au-dessus du sommet de l'angle de cette section longitudinale et on le serre : l'intestin se trouve fixé, puis on pratique la section circulaire par une série de sections de 2 cm. environ et on suture à mesure que l'on a coupé, tout autour de l'anus ; ainsi on a une bonne réunion, et on évite l'hémorrhagie qui pourrait avoir lieu par la tranche rectale, et on n'a pas une seule ligature à faire. M. Segond a opéré par ce procédé un homme de 38 ans, porteur d'un rétrécissement fisse, annulaire, siégeant à 2 cm. de l'anus, et dont l'observation a été publiée par Gauran, puis une femme atteinte d'une fistule élevée recto-vaginale, qu'il a supprimée ainsi en abaissant le rectum ; dans les deux cas le résultat a été excellent.

Notre maître M. Quénu a modifié le procédé de M. Segond, en combinant l'idée de passer en dedans du sphincter qui est ainsi conservé, avec la technique qu'il avait déjà donnée pour l'extirpation périnéale du rectum. Mais il fait toujours précéder la résection du rétrécissement de la création d'un anus iliaque qu'il referme quand on peut rétablir ultérieurement le cours des matières par le rectum.

Technique de notre maître M. Quénu.

1° Extirpation chez l'homme avec conservation du sphincter.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le siège reposant sur un coussin dur et débordant légèrement la table d'opération, les cuisses sont maintenues fléchies sur le bassin ; le chirurgien et l'aide principal s'assoient sur deux tabourets placés entre les jambes du malade.

a) Incision des téguments superficiels. — M. Quénu circonscrit l'anus par une incision en raquette, passant exactement à l'union de la peau avec la muqueuse et non à 2 centimètres en dehors comme dans les cas de cancer.

b. Décollement de la muqueuse. — On procède alors avec le plus grand soin au décollement circulaire de la muqueuse rectale. Comme dans un Whitehead, on doit bien prendre garde à ne prendre que la muqueuse (celle-ci étant très friable, ne doit pas être tirée trop fortement) en laissant en dehors toutes les fibres musculaires du sphincter ; on obtient ainsi un cylindre muqueux qu'on lie avec un gros fils pour empêcher toute contamination ultérieure par les produits si septiques du rectum. Le décollement doit être fait à coup de ciseaux prudents et dépasser nettement le sphincter qu'on dilate largement avec les doigts pour se donner du jour.

c) Section des parois rectales et des faisceaux des releveurs, libération du rectum. — On applique ensuite des valves de chaque côté, du cylindre décollé, et on sectionne toute l'épaisseur des tuniques rectales au-dessus du sphincter pour arriver sur la face externe de l'organe. Il faut ensuite sculpter en quelque sorte à travers les parties périrectales très indurées (dont on réséquera une partie si c'est possible) pour libérer petit à petit le rectum très épaissi.

Cette mobilisation doit être faite avec le plus grand soin

surtout en avant, pour ménager le bulbe de l'urètre ; on sectionne, à mesure qu'ils se rencontreront, les faisceaux moyens des releveurs de l'anus, puis les faisceaux antérieurs de ces mêmes muscles. On place des pinces sur ces divers faisceaux pour les repérer. On arrive ainsi petit à petit sur l'espace décollable qui est situé entre le rectum en arrière, la face inférieure de la prostate, les vésicules séminales en avant, mais le tissu cellulaire de cet espace étant presque toujours enflammé, la libération du rectum est beaucoup plus difficile que dans les cas de cancers, cette libération est le temps le plus délicat de l'opération, car tout en enlevant aussi largement que possible le rétrécissement, il faut ménager les importants organes avoisinants qui lui sont souvent adhérents.

On relève ensuite le rectum vers le pubis et on achève de quelques coups de ciseaux la mobilisation en arrière qui est toujours bien plus aisée. On peut abaisser de la sorte facilement 16 à 18 centimètres de rectum (1), celui-ci n'est plus retenu que par ses attaches péritonéales et le méso-rectum.

(1) M. Sieur, dans un cas présenté à la Société de Chirurgie le 12 décembre 1906, suivit d'abord le procédé de M. Quénu, puis « dit-il, voyant que le rétrécissement remontait à 15 centimètres, il se décide pour obtenir plus facilement l'abaissement de la portion saine et aussi pour faciliter la libération de la partie malade, à réséquer le coccyx et à sacrifier le sphincter anal. » Nous avons été très surpris de cette détermination de M. Sieur, qui a ainsi enlevé à son malade tout le bénéfice de l'intervention par la voie anale, qui est justement la conservation intégrale du sphincter ; nous avons toujours vu, même dans les cas les plus difficiles (comme dans nos observations 1 et 2, où M. Quénu dut sculpter au ciseau et avec grande difficulté le rectum au milieu d'une gangue cicatricielle, comme dans notre observation 3, où M. Pierre Duval dut même réséquer une partie de la prostate, ou chez notre malade n° 4 où il fut obligé de réséquer une partie du sphincter), le rectum s'abaisser facilement de 16 à 18 centimètres, surtout après l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, qui permet de gagner 1 cm. 5 à 2 centimètres ; c'est peut-être parce que M. Sieur s'est contenté de le refouler sans l'ouvrir, qu'il a eu autant de difficultés.

d) Ouverture du péritoine. — On pince alors le cul-de-sac péritonéal que l'on aperçoit au fond de la plaie et on l'ouvre transversalement ; cette simple section permet au rectum de s'abaisser de 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

S'il est nécessaire, on sectionnera méthodiquement par échelons une portion plus ou moins grande du méso-rectum, l'aide tirant sur le côté le cylindre rectal, l'opérateur place une pince longue sur la lame du méso aussi près que possible de la paroi intestinale, puis il incise entre la pince et la paroi.

On s'arrêtera dans cette libération, dès qu'on jugera suffisamment étendue la partie saine placée au-dessous de la sténose, et qu'on pourra l'amener sans tiraillement aucun au niveau de la plaie périnéale.

e) Fermeture du péritoine, restauration des plans périnéaux. — On referme ensuite le péritoine par trois ou quatre points au catgut, on rapproche les pinces mises sur les différents faisceaux des releveurs et on suture le mieux possible ces muscles d'un côté à l'autre du plancher, on palpe soigneusement le rectum pour se rendre compte du niveau de la sténose ; on fera porter la résection à 2 centimètres au-dessus.

f) Amputation du rectum et suture du bout supérieur à l'anus. — On entoure alors le rectum de compresses stériles à l'endroit marqué, et on se met à inciser les tuniques intestinales en plein tissu sain, et couche par couche, en commençant sur un des bords ; on pince et on lie les vaisseaux à mesure qu'ils saignent.

A mesure qu'on sectionne la circonférence rectale, on suture la muqueuse abaissée à la peau de la région anale, et on obtient ainsi un nouvel anus formé d'intestin complètement sain.

On met ensuite deux drains latéralement, entre la muqueuse abaissée et la partie sphinctérienne pour assurer l'écoulement du suintement liquide qui peut se produire dans les espaces morts.

2° Technique quand le rétrécissement adhère à la prostate.

Les premiers temps sont les mêmes jusqu'au moment où on arrive sur la glande prostatique ; à ce moment on introduira une sonde par l'urètre, on la verra saillir au fond de la plaie périnéale, on ira la sentir avec le doigt et on s'assurera ainsi de la direction de l'urètre, puis on place le bistouri parallèlement à ce plan et on enlève une tranche de prostate au niveau du point adhérent. On fait l'hémostase, si des vaisseaux saignent, et on achève l'opération, comme nous l'avons décrit plus haut.

3° Extirpation chez la femme.

Les règles opératoires sont absolument les mêmes que celles que nous venons d'exposer. La libération du rectum est généralement même plus facile, parce qu'on peut s'aider au besoin du doigt mis dans le vagin préalablement aseptisé, et que de plus il n'y a pas comme chez l'homme des organes très importants à ménager sur la face antérieure du rectum.

La technique de M. Quénu a l'avantage sur celle de M. Segond d'être encore mieux réglée et surtout de mieux préserver contre l'infection possible, le rectum étant enlevé fermé comme une tumeur très septique.

TROISIEME PARTIE

COMPARAISON DES DIVERSES VOIES D'ACCES POUR EXTIRPER LES RETRECISSEMENTS

Nous venons d'étudier les diverses voies par lesquelles on pouvait aborder les rétrécissements du rectum, et les différents procédés d'extirpation, il nous faut voir maintenant si toutes ces voies sont également bonnes, si elles ont chacune leurs indications particulières, enfin s'il en est une que l'on doit préférer aux autres.

La voie sacrée a été surtout préconisée en Allemagne par Max Schède et ses assistants Sick et Rieder ; en France par M. Richelot (2) et Roulier (3), et dans les thèses de Mosès (4) et de Gauran (5).

« Cette méthode nouvelle, dit M. Richelot, rend plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphi-

(1) Max Schède. Die Resection des Mastdarms bei der strictu-rirenden Geschwüren desselben. (*Langenbecks. Archiv.*, T. L., p. 835.)

(2) Richelot. *Société de Chirurgie*, février 1891.

(3) Routier. *Revue de Chirurgie*, 1889.

(4) Mosès. La méthode sacrée et son application aux cancers et aux rétrécissements du rectum. (*Th. Paris*, 28 juillet 1892).

(5) Gauran. Des rétrécissements syphilitiques du rectum, leur traitement par l'extirpation. (*Th. de Lyon*, 1892.)

litiques... l'opération par la voie sacrée et l'incision verticale du rectum et de l'anus mettent largement à découvert la sténose, permettent de la disséquer tranquillement dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur, assurent la destruction complète des tissus malades, en respectant l'intégrité du sphincter externe, garantissent enfin contre la récidive ; l'adoption de la voie sacrée est une sûreté de plus et un progrès ».

Arthur Schulze (1), assistant de Wolf, défend la même opinion et écrit dans sa thèse : « Depuis que l'opération de Kraske a pu être appliquée aux sténoses simples, les difficultés disparaissent, en grande partie; l'hémostase devient relativement facile ; le jour est suffisant pour qu'on puisse enlever tout le mal et le résultat est toujours meilleur au point de vue de la fonction ».

L'opération de Kraske permettrait donc de remonter beaucoup plus haut que les autres méthodes et d'atteindre les rétrécissements, quel que soit leur niveau, Bardenheuer et Kirchoff ont pu ainsi réséquer 20 à 25 cm. de gros intestin ; avec elle on opère à ciel ouvert, on peut saisir les artères tranquillement avant de les couper, si bien que la perte de sang est minime ; on peut enfin conserver le sphincter, et ménager à coup sûr les organes voisins.

Mais la lecture des observations où la voie sacrée a été employée montre que cette méthode n'est pas aussi avantageuse qu'on a bien voulu le dire : sa mortalité, 15 0/0, est sensiblement analogue à celle de la voie périnéale 16 0/0, parmi lesquels, quelques cas de la période préantiseptique : de plus dans un grand nombre d'observations, il n'est fait aucune mention des résultats éloignés, et dans celles où on nous donne des renseignements, ils sont peu brillants (sauf chez les malades d'Israël (2), de Leprévost (3) et

(1) Arthur Schulz. Die Pathogenese und die Behandlung der stricturirenden Mastdarmverschwaegerungen. (*Thèse de Leipzig*, 1893.)

(2) Israel. *Freie Vereinigung der Chirurgen*, Berlin, 8 janvier 1894.

(3) Leprévost. Congrès français de chirurgie, 1892.

d'Herczel (1), 2 opérés (2).

La résection osseuse du sacrum, fut-elle même temporaire, constitue toujours, en effet, une intervention sérieuse qui détruit plus ou moins la solidité de la ceinture pelvienne et expose à l'infection du canal sacré, aux méningites consécutives et surtout au prolapsus du rectum, qui n'est plus aussi bien soutenu. Nous trouvons cette complication signalée dans trois cas sur les 20 opérations de Kraske rapportées dans la thèse de Lapointe. Le prolapsus était gros comme le poing pendant la marche et la station debout chez une malade de Richelot ; chez celle de Delbet et Mouchet (3) on dut faire ultérieurement une autoplastie; chez celle de Wolf (4), on fut forcé de pratiquer une série d'opérations et finalement une large autoplastie pour reconstituer une partie du rectum et arriver ainsi à rendre la vie supportable à la patiente. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, et nous croyons utile de la rapporter ici.

Observation de Wolf (*résumée*). — Femme syphilitique, a eu des douleurs rectales en 1882 ; en 1887 elle présente 3 fistules recto-vaginales et à 5 centimètres au-dessus de l'anus, une sténose annulaire qui admet l'index. Les fistules sont opérées avec succès, la malade se dilate chaque jour, mais les douleurs augmentent, elle perd abondamment du pus et du sang par l'anus. Elle entre à l'hôpital le 27 juin 1890 ; le 29 on lui fait une rectotomie interne sur la paroi postérieure, et on fait l'ablation des tissus malades au couteau et au thermocautère : pas de résultats et le *7 décembre 1891*, Wolf résèque son coccyx et son sacrum jusqu'au niveau du 3e trou, il ouvre le rectum jusqu'au-dessus de la sténose, qui admettait juste une plume ; à 4 centimètres plus haut, le rectum reprenait son calibre normal ; résec-

(1) Herczel. Fünf Fälle von Mastdarmescktion auf Sacralem Wege operirt. (*Owosi Hetilap*, n° 17.)

(2) Grey, de Rio de Janeiro, aurait pratiqué une résection par voie sacrée pour rétrécissement fibreux traumatique et aurait eu une guérison maintenue après vingt-deux mois. Cette observation paraît peu serrée au point de vue scientifique. (Voir la *Société de Chirurgie*, 1894.)

(3) Delbet et Mouchet. *Archives générales de Médecine*, 1893, novembre.

(4) Julius Wolf. *Deutsche medicine Wochenschrift*, 1900.

tion de 7 centimètres, comprenant la sténose et les portions ulcérées ; le segment supérieur du rectum est libéré de ses attaches et suturé suivant le procédé de Hochenegg (1) ; la plaie circulaire du bout anal est unie à la séreuse du bout central et le bord inférieur du bout central à la peau de la région anale. Dans la partie postérieur de la plaie, les sutures lâchèrent dans les deux plans cutanés et séreux et les deux segments intestinaux s'écartèrent ; des matières tombèrent en ce point. Sortie le 19 février 1892.

En août 1893, l'état était le suivant : il y avait une énorme ouverture anale, la paroi antérieure du rectum était restée suturée au pourtour de l'orifice anal, la paroi postérieure où les sutures ont lâché, est remontée jusqu'au 3e trou sacré, de telle sorte que la muqueuse de la paroi antérieure était sur 10 centimètres exposée au jour et celles des parties latérales sur 6 centimètres. La peau, sur les côtés et en arrière où il y a eu désunion, a pris un aspect humide, lisse, ressemblant à la muqueuse. Pas d'ulcération, ni de cicatrice sur la muqueuse prolabée. La malade n'est continente que pour les selles dures ; avec une pelote elle peut continuer son métier de patronne d'un atelier de repassage.

Au commencement de *1895*, son état s'aggrave de nouveau, il y a un prolapsus du rectum gros comme un œuf de poule, et à sa suite de l'incontinence ; en *avril 1895*, Wolf l'opère de sa chute intestinale pour le procédé de Mickulicz.

Suites excellentes, mais trois mois après, nouveau prolapsus qui s'accroît sans cesse, et une nouvelle intervention s'impose. Wolf reconnaît qu'il est impossible de détacher de la peau l'intestin, de le libérer très haut, de rétrécir l'énorme lumière intestinale et finalement de suturer les parties molles sur le rectum reformé, pour combler ainsi la perte de substance ; de plus, on n'arriverait pas ainsi à obtenir la continence même en tordant l'intestin à la Gersuny ou en employant le procédé de Willems (intestin entre les fibres du grand fessier) ; comme il avait jadis conservé le sphincter de cette malade, il se proposa de s'en servir pour la continence et de faire une opération plastique pour reconstituer une paroi rectale postérieure. Wolf s'inspira un peu du procédé employé par Bircher pour refaire toute une

(1) Hochenegg. Mastdarm resection (*Wiener medicinische Blätter*, 1870, n° 6) et zur Therapie des Rectums carcinome (*Wiener klin. Woch.*, 1897, n° 32).

extrémité de rectum avec de la peau, dans un cas d'anus sacré:

Le 9 octobre 1895, il circonscrivit l'espace manquant par deux incisions en arc, s'unissant au-dessus de lui et séparés en bas par un espace de 2 centimètres au niveau du sphincter. A droite, l'incision passa à l'union de cette peau, qui ressemblait à de la muqueuse et de la peau normale ; à gauche, à 1 centimètre en dehors de cette union. Libération avec leur graisse sous-cutanée des segments formés par ces incisions, vers l'intestin où la peau est adhérente, et suture des lambeaux ; celle-ci se trouve reportée à droite de la ligne médiane, le lambeau gauche étant plus long (le tube rectal se trouvait ainsi reformé) ; la face épidermique était placée à l'intérieur du tube.Puis, libération sur 1 centimètre 1/2 de la peau en dehors des incisions, on l'attire en dedans et on l'unit par-dessus les premiers lambeaux ; la suture est cette fois-ci un peu à gauche de la ligne médiane ; les deux lignes d'union ne se correspondent donc pas. Quelques points lâchent, formation de trois petites fistules ; 6 semaines après, guérison complète, le prolapsus n'est plus à craindre.

En juillet 1896, fermeture des fistules supérieure et inférieure, seule la moyenne persiste, elle est très petite et ne permet le passage que de très petites particules de matières ; la continence est presque normale.

La malade est revue trois ans plus tard en parfait état, elle s'est remariée ; la paroi rectale postérieure cutanée fonctionne comme une paroi nouvelle et le sphincter a repris sa tonicité, quoique pendant plusieurs années,il n'est pas servi,étant donnée l'ouverture rectale. On doit supposer que le segment de peau mis comme paroi postérieure a pris le caractère muqueux complet, comme cela se produit dans la cavité buccale. Il est, en outre, intéressant de constater que, 6 ans après sa résection, il n'y a pas de récidive de la sténose.

Indépendamment du prolapsus, on a noté 7 fois sur 20 cas de Kraske, l'incontinence des matières, absolument complète même, dans un cas de Richelot, et dans celui de Delbet et Mouchet ; et sur ces 20 cas, 2 fois seulement il est dit que le sphincter fonctionnait bien, les renseignements manquent dans les autres observations.

La voie sacrée qui ménage le sphincter n'en expose donc pas moins souvent à l'incontinence, il est probable que les

nerfs moteurs du sphincter sont intéressés dans les incisions. (Terrier.)

Nous devons de plus signaler une complication propre à l'opération de Kraske : c'est la fistule sacrée (Observation de Körte) (1), elle est si fréquente que Morestin dit « qu'on ne peut guère citer de malades opérés par cette méthode qui n'aient conservé plus ou moins longtemps une fistule sacrée. » C'est en effet, la constatation qui ressort nettement du tableau publié dans la thèse de Lapointe.

Rappelons pour terminer le cas de Kelsey (2) qui, deux ans après un Kraske a vu survenir une grosseur du niveau du point de résection au sacrum, celle-ci a augmenté sans cesse jusqu'à atteindre les dimensions du poing. Kelsey intervint et vit qu'il s'agissait d'une hernie descendue derrière le rectum et s'étant fait jour en dehors du bassin, en un point qui correspondait à l'incision sacrée. Ce serait la seule observation de ce genre.

Nous voyons donc, en définitive, que la voie sacrée, qui donne peut-être plus de jour, n'est pas l'opération idéale, quoiqu'en aient dit certains, et qu'elle expose très fréquemment au prolapsus, à l'incontinence et surtout à la fistule sacrée. Si on tenait à l'employer, ce ne serait que dans des rétrécissements très haut situés et il faudrait rejeter absolument les procédés où on coupe le sphincter ; nous donnerions la préférence à la méthode de Hildebrand, quoique nous ne puissions savoir si ces résultats seraient aussi satisfaisants en présence de rétrécissements étendus à toute l'épaisseur du rectum et adhérents aux organes voisins ?

La voie vaginale présente des avantages très sérieux, elle respecte le sacrum et les parois osseuses du bassin, elle permet de remonter aussi haut que la voie sacrée, donne un vaste champ opératoire, rend aisée la suture intestinale, elle conserve l'anus, le sphincter sans le sectionner même (méthode de Murphy, Herzen, Lejars, bien préférables aux au-

(1) Korte. Berlin (*Klin. Wochensch*, 1894, n° 38, p. 878).

(2) Kelsey (Ch. B.). Une suite rare de l'opération de Kraske, *New-York*, M. J., 12 août 1905, p. 332.

tres), le muscle releveur lui-même est peu lésé, la continence parfaite est donc assurée, enfin, par cette voie, la résection est une opération bénigne.

Les seules contre-indications de ce procédé sont, d'après Thouvenin, les sténoses situées à plus de 12 centimètres ou celles situées dans la portion sphinctérienne, qu'il est plus commode d'aborder par le périnée, enfin les cas où une pelvi-péritonite ancienne a amené la formation de nombreuses adhérences qui pourraient gêner.

Il nous semble que la voie vaginale est très intéressante, elle peut rendre de grands services chez certaines malades pour accroître le champ opératoire en cas de besoin, mais nous ne possédons pas de résultats éloignés pour les cas opérés par cette voie; elle présente, en outre, l'inconvénient de mettre en communication avec le rectum, une autre cavité également septique; or, on sait que le grave danger des interventions sur cette portion de l'intestin, c'est justement ce milieu où les microbes pullulent, si donc on peut par un autre procédé, arriver à faire aussi facilement l'ablation du rétrécissement, sans ouvrir le vagin, il faudra, sans hésiter lui donner la préférence ; nous allons voir si par le périnée ou par l'anus on peut arriver à ce résultat.

La voie périnéale a l'avantage d'être très simple, d'éviter tout délabrement du squelette du bassin, elle permet d'atteindre des rétrécissements très haut placés puisqu'on peut facilement réséquer 14 et 15 centimètres du rectum. Mortalité 17 0/0 (Lapointe), 18 0/0 (Arnaud).

Mais elle a le grave inconvénient de détruire irrémédiablement les sphincters, d'enlever une partie des releveurs; aussi la partie inférieure de l'intestin est-elle transformée en un canal inerte, dépourvu de toute action volontaire sur le passage des matières; la sensation du besoin d'aller à la selle est perdue complètement, les malades deviennent donc forcément des incontinents, Gauran a bien prétendu que cet état n'était que transitoire et qu'après un temps variable, les malades éprouvent de nouveau des besoins et peuvent garder les matières solides ; il expliquait cette contention par l'anneau cicatriciel qui se constitue, au niveau de la plaie,

par l'hypertrophie des fibres du rectum qui reformeraient un sphincter, peut-être même avec les débris de ce muscle(Chassaignac). Arnaud, lui aussi, dans sa thèse semble admettre peut-être trop facilement qu'on peut remédier à cette incontinence par une torsion à la Gersuny ou par l'opération de Delorme. Il ajoute même que l'ablation du sphincter n'en entraînerait pas forcément et il en donne comme exemple l'opérée de Gauran qu'il revit en 1904, c'est-à-dire 13 après l'intervention qui, à cette époque, n'était pas constipée et gardait ses matières ; nous remarquerons cependant que Gauran notait dans son observation, un an après l'extirpation du rétrécissement, que la malade était constipée habituellement et était obligée de prendre lavement matin et soir, et qu'elle ne pouvait retenir ses matières quand elles étaient liquides; il aurait été intéressant de rechercher à quel moment ses symptômes disparurent, et de quelle façon ; malheureusement M. Arnaud ne nous donne pas de renseignements à ce sujet.

Il cite, d'autre part, à l'appui de son opinion le cas rapporté par Picone (1).

A la suite d'une amputation pour sténose due à la pédérastie, il y eut secondairement ascension du segment supérieur, qui n'était plus maintenu que par trois ou quatre points de suture postérieurs. Au niveau du nouvel anus, la paroi rectale était plus épaisse que la normale, par suite de l'hypertrophie susangustiale de la musculeuse. La continence était presque complète et le néo-rectum soumis en grande partie à la volonté du malade. Le néo-sphincter était dû à l'hypertrophie musculaire, à un léger travail cicatriciel, enfin à l'exagération des plis transversaux du rectum, en particulier du pli transversal de Kohlrausch ; de plus, les bols fécaux s'accumulaient, non pas à l'extrémité inférieure du nouveau rectum, mais dans l'anse sigmoïde dilatée en ampoule pour la circonstance.

L'observation de Picone est très intéressante, mais il s'agit d'un cas exceptionnel et même là encore, nous voyons que

(1) Picone. *Riforma medica*, 1896.

la continence n'était pas complète ; aussi pensons-nous qu'il faut admettre qu'après l'extirpation du rectum par voie périnéale, l'incontinence par suppression du sphincter est la règle, et que pour les rares malades qui restent continents, il est probable, comme l'a fait justement remarquer Morestin, qu'il s'agit de constipés habituels ; ceux-ci conservent leurs matières dures et arrivent à connaître admirablement le régime qui peut leur éviter la diarrhée, mais lorsque celle-ci survient, l'incontinence est la règle; ce qui prouve encore que l'appareil constricteur actif est détruit définitivement, c'est que les malades ne peuvent résister au besoin de la défécation.

Nous voyons donc que la voie périnéale qui est cependant préférable à la voie sacrée, ne laisse pas de présenter de graves défauts par suite de l'ablation du sphincter.

La voie abdomino-périnéale a la grande supériorité sur les autres procédés de permettre l'extirpation de rétrécissements remontant au delà de l'anse sigmoïde (nous avons vu que Kümmel avait pu arriver au colon transverse) ; avec elle, on peut se rendre exactement compte, par l'ouverture de la cavité abdominale, de l'étendue de la sténose, des adhérences qui la fixent aux organes avoisinants, et, par suite, faire une opération radicale, car on est sûr de dépasser la lésion. Mais, par contre, c'est une intervention très dangereuse. Sur les 7 cas où elle a été pratiquée, il y a eu 3 morts, soit près de 40 0/0. Nous savons bien que la technique s'améliorera et permettra en s'inspirant des préceptes de M. Quénu pour l'ablation, par la même voie, du cancer, de diminuer cette mortalité considérable, mais malgré tout, celle-ci n'en restera pas moins une opération grave. Et cela se conçoit d'autant plus qu'on n'a recours à cette voie que dans les cas particulièrement difficiles.

L'extirpation abdomino-périnéale a en outre le tort d'exposer à l'anus iliaque définitif: il est impossible, en effet quand on a réséqué une grande longueur d'intestin de pouvoir amener jusqu'à l'orifice anal une portion saine, et cependant il ne faudra pas hésiter à l'employer dans des cas où, malgré l'anus contre nature, la suppuration rectale con-

tinue d'être toujours aussi abondante et où on n'aura pas voulu faire l'exclusion du rectum.

La voie anale qu'il nous reste à étudier, nous semble infiniment plus satisfaisante que les autres, elle présente tous les avantages de la voie périnéale, sans en avoir les inconvénients, elle permet en effet de libérer méthodiquement et d'une façon bien réglée le cylindre rectal, de réséquer sans aucune difficulté 14 centimètres de rectum et même plus, au besoin. En plaçant deux bonnes valves latérales, on a un jour bien suffisant. L'ablation de la muqueuse malade depuis l'anus jusqu'au delà du rétrécissement agit d'une façon certaine sur la rectite. Enfin, il ne faut pas oublier que par la voie anale et le procédé de Segond-Quénu, on passe en dedans du sphincter qu'on laisse absolument intact, et ainsi sont évités tous les accidents d'incontinence, accidents qui comptaient parmi les plus sérieux de l'extirpation des rétrécissements. Nos observations où la contraction sphinctérienne est restée complètement normale après l'intervention et où, comme dans notre observation I, la malade pouvait retenir un lavement, en sont la preuve convaincante.

Nous estimons donc, après avoir pesé les avantages et les inconvénients de chacune des voies d'accès employées pour pratiquer la résection du rectum, que la meilleure et la seule vraiment pratique est, sans conteste, la voie anale avec conservation du sphincter.

Mais que faut-il penser de l'extirpation comme méthode générale ?

A partir de la discussion de 1891 à la Société de Chirurgie, la plupart des chirurgiens français se sont montrés partisans de l'ablation des sténoses: c'est l'opinion que nous retrouvons exposée dans la these de Carré, dans celle de Mosès, dans celle de Jourdan. Ils concluent tous que l'extirpation est le traitement idéal, le seul radical, et qu'il n'y a qu'elle qui puisse assurer la guérison des malades; la mortalité est insignifiante disent-ils, les résultats fonctionnels parfaits. De même M. Delbet disait que « c'est la seule méthode qui puisse donner des succès complets et durables. »

En Allemagne, Schède, Wolf, Knecht, Schuchardt, König de Berlin défendent ardemment la même opinion.

Cependant une certaine réaction ne tarde pas à se produire. Lachowski, tout en se prononçant encore pour la résection, constate que les opérés ont souvent de l'incontinence, et rapporte quelques cas de récidive. MM. Quénu et Hartmann expriment une opinion toute analogue : « Supprimant le rétrécissement, l'extirpation devait assurer la guérison du malade ; or lorsqu'on cherche ce que deviennent ces opérés, on voit que, malheureusement, il n'en est pas ainsi, que la cure par l'extirpation n'est rien moins que radicale et que, dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement récidive ; ce traitement ne peut donc être considéré que comme le meilleur des palliatifs. »

M. Lapointe dans sa thèse (1), M. Wegner (2) plus récemment ont au contraire vivement combattu l'ablation du rectum rétréci. Ils considèrent d'abord cette opération comme grave et difficile à cause des adhérences ; il ressort des observations, que Lapointe a réunies, que sur 69 cas, il y eut 10 décès opératoires, presque toujours dûs à l'infection péritonéale rapide ; Wegner perdit 1 malade sur 7, ce qui donne environ 15 0/0 de mortalité.

En second lieu, ils soutiennent que l'extirpation ne donne pas de résultats durables ; sur 24 malades suivis plus d'un an, Lapointe a trouvé 12 fois signalée la reproduction du rétrécissement à des degrés variables, il estime à 40 0/0 la récidive. Wegner donne une statistique encore plus mauvaise : dans ses six observations, il a eu chaque fois une récidive variant comme date d'un an (2 cas) à 4 ans et même 5 ans. (2 cas) : il prétend que, si on a tellement souvent parlé de guérison, c'est qu'on avait omis de pratiquer le toucher chez les malades qui, encore sous l'impression de leurs souffrances antérieures, se trouvaient très soulagés; de plus les récidives peuvent rester longtemps sans symptômes.

(1) Lapointe. *Thèse de Paris*, 1897, et *Presse médicale*, 14 septembre 1898.

(2) Wegner. *Archiv fur klinische Chirurgie*, T. LXVI, 1902.

Pour qu'on puisse selon lui prononcer le mot de guérison, il faut que l'intervention date au moins de deux ans, et les cas en sont extrêmement rares dans la science, dit-il. La récidive se produit parfois au niveau de la réunion des deux bouts du rectum sectionné, ou au niveau de la suture de l'intestin à la peau de l'anus. Les fils coupent, le bout supérieur remonte et il se fait un anneau bourgeonnant qui aboutit, après cicatrisation, a un diaphragme rétractile. Cet obstacle nouveau fait renaître la rectite qui agit à son tour en reproduisant une sténose inflammatoire ; ailleurs le retour des phénomènes mécaniques est sous la dépendance d'un deuxième rétrécissement placé plus haut et que l'on avait méconnu précédemment.

On conçoit aisément, disent MM. Lapointe et Wegner qu'avec ces récidives, la suppuration rectale persiste ou reparaisse bientôt après l'extirpation, et ne soit nullement modifiée par l'intervention.

Ils reprochent enfin à la résection de porter atteinte, à des degrés variables, mais d'une façon constante, au fonctionnement des sphincters (nous avons déjà examiné plus haut cette question et vu qu'il n'en était nullement ainsi dans l'opération par voie anale.)

Les conclusions de M. Lapointe sont nettement défavorables à l'extirpation. « Elle s'est montrée si exceptionnellement, dit-il, la méthode radicale sur laquelle on comptait, les résultats qu'elle a fournis sont presque constamment si défectueux que, loin de constituer la méthode palliative de choix, elle doit rester, croyons-nous, un pis-aller, acceptable seulement comme dernière ressource, lorsque les autres méthodes de traitement ne seront pas applicables ou n'auront pas réussi à améliorer suffisamment l'état des malades pour leur permettre une existence tolérable. Ses indications ne résultent donc à mon sens que *des échecs* de la dilatation simple ou associée à l'anus iliaque. » Il n'admet même pas l'utilité de l'extirpation dans les sténoses tuberculeuses. «En supposant, dit-il, que le niveau supérieur des lésions ne dépasse pas celui où peut atteindre l'extirpation, n'y aura-t-il pas sur l'intestin d'autre localisation de la tuberculose, les

lésions pulmonaires ne seront-elles pas déjà en voie d'évolution ? Après l'extirpation, le malade restera tuberculeux comme avant, mais il aura couru sans profit les risques d'une opération grave ; aussi là encore c'est à l'anus artificiel qu'il faudra recourir. Dans les cas exceptionnels où l'état général est satisfaisant, où l'appareil pulmonaire semble indemne, l'inutilité de l'extirpation apparaît moins ; mais on ne perdra pas de vue qu'il s'agit d'une variété de tuberculose à marche torpide où les follicules tuberculeux se laissent facilement circonscrire et étouffer par la sclérose ; la dérivation des matières en supprimant toute cause d'irritation locale ne pourra que favoriser la marche de ce processus de guérison. »

Wegner arrive à des conclusions presque analogues, mais cependant moins pessimistes; il dit que la résection présente de grosses difficultés à cause des adhérences nombreuses et est par suite très grave chez les malades affaiblis, il reconnaît qu'elle amène une amélioration considérable de l'état général, et que les opérés peuvent reprendre leur vie habituelle, mais il est rare, d'après lui, que le sphincter fonctionne normalement (il n'en a eu qu'un cas sur 5 observations personnelles), de plus il persiste un écoulement purulent par l'anus ; enfin il ne faut pas compter sur une guérison durable, il y a toujours récidive.

Les idées de Lapointe et Wegner qui étaient en complète conformité avec les résultats observés au moment où ils écrivaient, nous semblent devoir être profondément modifiées à l'heure actuelle, la chirurgie des rétrécissements du rectum a fait de grands progrès, et nous permet d'envisager tout autrement le pronostic de cette affection.

Nous allons passer successivement en revue quels sont les résultats qu'on obtient actuellement de l'extirpation au point de vue de la gravité opératoire, de la rectite, de l'état des sphincters, enfin de la récidive.

Nous envisageons bien entendu seulement l'extirpation par les voies naturelles que nous considérons pour les raisons exposées plus haut, comme bien préférables aux autres procédés et comme seul admissible dans la presque

unanimité des cas. Nous la faisons précéder de la création d'un anus iliaque, destiné à mettre au repos tout le segment malade par la dérivation des matières. La colostomie a, en outre, l'avantage de permettre de traiter avec succès la rectite par des lavages antiseptiques faits chaque jour dans le bout inférieur. La résection du rectum (procédé de M. Quénu) ne devra être entreprise que lorsque la suppuration rectale aura disparu ou, au moins, considérablement diminué et que l'intestin terminal aura été rendu aussi peu septique que possible.

En procédant de cette façon, non seulement aucun des quatre malades opérés par M. Quénu et par M. Pierre Duval n'a succombé, mais ils ne nous ont pas même donné un moment d'inquiétude ; à aucun instant ils n'ont eu la moindre élévation de température, ni le moindre phénomène de réaction péritonéale. Nous voyons de même que les 10 cas rapportés dans la thèse de Berndt dans lesquels Mickulicz ou Henle ont fait un anus préliminaire, se sont tous terminés par la guérison sans incident ; aussi Berndt insiste-t-il dans ses conclusions sur les avantages de cette méthode.

On peut donc dire que si l'extirpation des rétrécissements du rectum est une intervention délicate, surtout quand il y a de nombreuses adhérences au milieu desquelles il faut véritablement sculpter l'intestin (comme cela dut être fait chez tous nos malades en particulier dans notre observation 3 ou notre maître M. Pierre Duval dut réséquer une tranche de prostate), elle n'est nullement impraticable à qui a l'habitude de la chirurgie un peu fine, en pratiquant une colostomie préalable. En prenant les précautions que nous avons indiquées plus haut, nous sommes convaincus que l'on n'aura aucun accident à déplorer.

Pouvons-nous guérir la rectite par la résection ? Nous avons sur elle, en suivant la méthode de notre maître, M. Quénu, une action certaine par l'ablatoin de la muqueuse depuis l'orifice anal jusqu'aux parties saines sus-stricturales, mais il est probable que ce ne serait pas suffisant dans les rectums anciennement enflammés et suppurant

depuis longtemps, comme c'est trop souvent le cas, c'est pour cela que nous préconisons aussi la dérivation prolongée des matières dont l'influence sur la rectite est très considérable. L'anus iliaque ne devra être fermé qu'après la disparition complète de la suppuration; nous pouvons donc être assuré de cette façon que la rectite sera guérie, ce résultat sera dû en partie, à l'ablation de la sténose.

Quant à l'état fonctionnel des sphincters, en suivant notre procédé, on est assuré qu'il sera parfait : en effet, nous passons en dedans de l'appareil constricteur de l'anus, sans aucunement porter atteinte à son intégrité. Du reste nos malades ont conservé une continence parfaite, non seulement pour les matières et les gaz, mais encore pour les lavements qu'ils pouvaient retenir un temps appréciable; par le toucher on pouvait constater que la puissance de la contraction sphinctérienne n'était en rien diminuée.

Au sujet de la récidive, nous pensons que l'extirpation peut donner des guérisons durables; nos quatre cas traités par la résection intra-sphinctérienne, sont tous sans la moindre menace de reproduction du rétrécissement. Si l'une des observations ne date que d'un an, la seconde date de vingt-et-un mois, la troisième de deux ans et la quatrième de trois ans. Nous n'en sommes donc plus à ces améliorations passagères dont parle M. Lapointe; de plus le toucher rectal a été pratiqué chez nos malades, leur muqueuse est saine, souple, sans aucune trace d'infiltration, l'objection de Wegner sur l'état d'amélioration apparente des opérés ne peut donc nous être opposée. Nous sommes loin des résultats navrants recueillis par MM. Quénu et Hartmann et plus tard par M. Lapointe où, sur 69 observations, on ne trouve que 12 malades, suivis un an sans récidive, et encore, s'ils ont des garde-robes normales et ne souffrent pas, ne sont-ils pas guéris, car tous suppurent, tous ont une muqueuse rêche, épaisse, formant un cylindre plus rigide et plus étroit qu'un rectum normal.

Nous devons cependant établir une distinction très nette au point de vue du pronostic éloigné entre les rétrécissements tuberculeux et syphilitiques.

Evidemment ce diagnostic est très difficile ; clinique-

ment, il est impossible ; (nous avons raconté plus haut que notre observation II avait été considérée, jusqu'à l'examen microscopique, comme syphilitique étiologiquement); seule, l'histologie peut arriver à trancher la question, et encore faut-il que les lésions soient assez avancées ; (au début, en effet, les différences sont minimes, on est sur la limite, comme dans notre observation XIII et l'on hésite à conclure dans un sens déterminé). Et cependant, on ne devra jamais négliger de recourir au microscope pour déterminer l'étiologie de la sténose, car si, au point de vue du traitement, la distinction entre tuberculose et syphilis offre moins d'intérêt depuis qu'on peut, dans un cas comme dans l'autre, leur appliquer le traitement de choix : l'exérèse par la méthode de M. Quénu, il est loin d'en être de même en ce qui concerne le pronostic éloigné.

Nous avons pu constater, en effet, dans notre observation II, où il s'agissait de tuberculose, que, bien qu'il n'y ait pas la moindre trace de récidive en tant que sténose, il y avait eu des réinoculations bacillaires sur la muqueuse rectale, lésions qui empêchaient la guérison d'être absolue et définitive et pouvaient nécessiter une intervention ultérieure ; dans les rétrécissements syphilitiques, au contraire, jamais nous n'avons eu à observer quelque chose d'analoque et la guérison est bien tout à fait complète et permanente.

Nous devons reconnaître que dans quelques rares cas, l'extirpation n'est pas toujours possible : si la sténose est trop haut située, et si, par suite, l'on ne peut faire porter la section sur une muqueuse saine.

Le procédé avec conservation du sphincter présente une contre-indication particulière chez les malades où les lésions au niveau du muscle constricteur ont dépassé la muqueuse et envahi la totalité du muscle lui-même (car les résultats ne sont pas moins bons quand on est forcé d'en réséquer une partie comme dans l'opération si habilement faite par M. Pierre Duval, chez notre malade Esther M.) : il faut de plus ajouter que ces cas sont exceptionnels et que les

rétrécissements, ainsi que l'ont montré Perret (1), Godebert (2), et Sauri (3) siègent habituellement au-dessus du sphincter.

Nous pensons donc qu'avec nos résultats, nous devons repousser les conclusions de Wegner et de Lapointe en ce qui concerne l'extirpation des sténoses (et plus particulièrement encore pour celles d'origine tuberculeuse car nous ne pouvons admettre l'action de l'anus iliaque sur elles, seule l'ablation très large des parties atteintes peut faire espérer la guérison puisque, même ainsi, on peut observer des réinoculations bacillaires sur la muqueuse comme dans notre observation 2), réhabiliter complètement ce mode de traitement et dire que l'ablation intra-sphinctérienne par le procédé de M. Quénu est la méthode de choix et la seule radicale pour la cure des rétrécissements du rectum : car elle seule agit à la fois sur la rectite et sur l'obstacle mécanique au cours des matières.

(1) Perret. Essai sur les rétrécissements du rectum dus à l'inflammation. (*Thèse Paris*, 1855.)

(2) Godebert. Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. (*Thèse Paris*, 1873.)

(3) Sauri. Essai sur les rétrécissements fibreux du rectum. (*Thèse Paris*, 1868.)

OBSERVATIONS PERSONNELLES OU INEDITES

Observation I.

Rétrécissement syphilitique, rectite intense, anus iliaque, extirpation intra-sphinctérienne, fermeture de l'anus iliaque. Guérison complète.

Camille B..., 24 ans, entre, le 13 janvier 1904, à l'hôpital Cochin, pour un rétrécissement du rectum.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler, pas de tuberculose.

Antécédents personnels. — A 16 ans 1/2, elle a eu un kyste du ligament large qui a été opéré par M. Richelot.

Dans l'année 1899-1900, la malade a présenté une adénite inguinale double, qui a été incisée au cours de décembre, on ne lui a pas donné de traitement antisyphilitique.

A partir du mois de mai ou juin 1900, la malade constate qu'elle perd une goutte de pus chaque jour par l'anus et souvent un peu de sang. Vers le mois de juillet, elle prétend qu'au niveau du rectum est apparue une boule d'abord toute petite qui a, ensuite, augmenté de volume, deux autres boules semblables seraient venues ultérieurement.

A partir de 1901, la constipation habituelle augmente, la malade est forcée de se purger constamment, mais elle n'a pas pris garde à l'aspect de ses matières ; toujours quelques gouttes de pus et de sang.

1902. — La constipation est toujours extrêmement marquée ; les envies d'aller à la selle sont très fréquentes, durent des matinées entières et s'accompagnent de picotements au niveau de l'anus ; vers le soir, il y a toujours une certaine amélioration. Les matières sont nettement rubanées, le pus coule en grande quantité, la malade est obligée de changer de garniture toutes les heures ; au pus se mélangent des glaires et une certaine quantité de sang.

En juillet 1902, Camille B... vient voir M. Quénu, qui lui conseille des lavages au permanganate faible.

Les mêmes phénomènes persistent cependant, elle n'a pas de vomissements, pas de diarrhée, mais aucun appétit.

Au mois de mai 1903, elle va à l'hôpital Broca, à cause de boutons qu'elle présente sur le mollet. M. Ravaut lui ordonne des injections d'huile grise et lui fait prendre de l'iodure de potassium ; elle n'en prend que pendant quinze jours et est forcée de suspendre l'iodure qu'elle ne peut supporter. Elle eût de la stomatite mercurielle.

Ce traitement n'amène aucune amélioration du côté de son rectum ; les phénomènes ne font qu'augmenter.

Elle va voir, en juin, M. Poirier, qui lui conseille de retourner voir M. Quénu pour se faire opérer.

Le 13 *janvier* 1904, elle entre salle Richet. A l'interrogatoire, on ne peut pas trouver la trace d'un chancre, de plaques muqueuses, ou de roséole, on se demande cependant si l'adénite inguinale double qu'elle a présentée n'était pas d'origine syphilitique. *Au toucher rectal*, on constate un rétrécissement cylindrique ou, mieux, cylindro-conique, commençant un peu au-dessus de l'anus et atteignant, au bout de 7 centimètres, un tel degré de resserrement que le bout de l'index ne peut s'y engager. Les parties périrectales, surtout en avant, semblent adhérer au rétrécissement, la muqueuse est entamée, saignante et suppurante.

Le 19 *janvier* 1904, M. Quénu lui fait, par son procédé habituel, un anus iliaque. Elle va dès lors à la selle avec une légère purge tous les deux ou trois jours.

Jamais de matières par le rectum, mais, par contre, toujours suppuration abondante par l'anus, surtout au mo-

ment de ses lavages. — La malade, qui pesait 43 kilos avant son opération, a engraissé de 5 livres en quinze jours, depuis qu'elle a son anus iliaque.

22 *février*. — Lavages au permanganate ; on met un drain dans le rectum pour faciliter l'écoulement du pus ; tous les jours, on fait de la dilatation du rétrécissement par l'introduction d'un doigt dans le rectum.

La quantité de pus commence à diminuer petit à petit.

22 *mars*. — Extirpation du rectum, par M. Quénu. Il circonscrivit l'anus par une incision en raquette, décolla la muqueuse de la face interne du sphincter et lia le cylindre ainsi obtenu avec un gros fil, de manière à empêcher toute contamination ultérieure. La dilatation du sphincter, ainsi dénudé par sa face interne et l'application de valves de chaque côté permirent de gagner, par décollement et à coups de ciseau, la face externe du rectum qu'on sépara successivement à gauche et à droite des insertions du releveur, puis du repli antérieur. La dissection de la cloison recto-vaginale fut particulièrement difficile. De la sorte, M. Quénu put abaisser facilement 12 à 14 centimètres de rectum, après avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal.

On suture ensuite le péritoine, ainsi que les releveurs d'un côté à l'autre du plancher, puis on résèque le rectum au-dessus de la zone malade, c'est-à-dire à 12 centimètres environ de l'anus, et on finit en suturant la muqueuse rectale à la peau. Tamponnement du vagin pendant quelques heures.

23 *mars*. — Pansement, tout semble être normal.

24 *mars*. — Quelques fils ont coupé. Badigeonnage à la teinture d'iode. Il y a un peu de suppuration par le rectum, légère odeur de sphacèle.

25 *mars*. — Œdème des petites lèvres, toujours odeur de sphacèle, légère suppuration par l'anus, lavages du rectum à l'eau oxygénée.

28 *mars*. — Toujours suppuration par le rectum ; écoulement purulent par le vagin ; le toucher vaginal est pratiqué, on reconnaît une large ulcération sur la paroi postérieure du vagin, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. On fait

des lavages vaginaux à l'eau oxygénée quatre fois par jour; élimination d'eschares.

30 *mars*. — L'écoulement purulent par le vagin persiste très abondant, mais celui par le rectum a diminué. Un peu de matières liquides passent par le rectum.

1er *avril*. — La suppuration par le vagin continue à être importante, il ne s'écoule plus rien par le rectum.

4 *avril*. — La malade, constipée jusqu'alors, est purgée ; les selles sont bien moulées, la malade sent les matières passer, mais ne peut les retenir, la douleur étant vive.

5 *avril*. — La suppuration vaginale a cessé. Au toucher vaginal, on remarque que l'ulcération de la paroi postérieure a considérablement diminué d'étendue, elle n'est plus grande que comme une pièce de 50 centimes, mais les bords en sont encore surélevés. Le toucher rectal et vaginal combiné démontre qu'il n'y a pas de communication entre le rectum et le vagin.

Du 6 avril au 20 mai. — L'écoulement rectal a presque cessé (on continue les lavages à l'eau oxygénée), les compresses sont presque sèches, à peine un léger suintement : au toucher rectal, on sent un peu la contraction du sphincter.

Depuis le 10 mai, l'écoulement par le rectum a absolument disparu. Le toucher rectal indolent permettant de constater la souplesse du revêtement muqueux, M. Quénu se décide, le 14 *juin, à fermer l'anus iliaque*, il incise à l'union de la plaie et de la muqueuse, décolle la face externe et libère l'intestin, rapproche les orifices de chaque bout par des sutures sous-muqueuses parallèles au grand axe de l'intestin ; fait un deuxième surjet au catgut sur ce premier plan, mais toujours dans le même sens. Le péritoine n'a toujours pas été ouvert ; puis on rentre l'intestin suturé sous les plans fibro-musculaires de la plaie et on place un petit drain au cas où des gaz forceraient la suture.

24 *juin*. — Suites absolument parfaites ; la malade constipée jusqu'alors, est purgée ; l'état général est excellent, l'appétit revient ; on enlève le drain et une partie des fils.

27 *juin.* — A partir du 24, selle quotidienne, ablation des derniers fils, la plaie est tout à fait cicatrisée, la malade a bon appétit.

2 *juillet.* — Continence parfaite, l'anus est souple dans les trois quarts antérieurs ; au niveau du quart postérieur, petite coarctation, longue de 2 centimètres, sur la cicatrice, là où il y a eu une petite ulcération et où la réunion a manqué.

La malade est revue six mois après, la continence est parfaite, la malade retient les gaz et même l'eau des lavements.

Nous avons eu des nouvelles de Camille B..., au mois de décembre 1905. Son état est excellent, pas de récidive ; au mois d'octobre 1906, Camille B... écrit qu'elle se porte très bien, ne souffre aucunement de son rectum et qu'elle se considère comme parfaitement guérie.

Examen histologique dû à l'obligeance du Dr Landel.

L'épaisseur totale de la paroi du rectum atteint deux centimètres environ. Elle semble formée, à un grossissement de quelques diamètres, de quatre couches distinctes :

1° Une partie en rapport avec la lumière de l'intestin, plus vivement colorée par l'hématoxyline, de 1 millimètre environ ;

2° Une zone paraissant fibreuse, colorée en rose clair par l'éosine, de 9 millimètres d'épaisseur ;

3° Une région musculeuse de 4 millimètres en moyenne ;

4° Une nouvelle zone fibreuse, de 6 millimètres.

Les deux premières zones correspondent à la sous-muqueuse ; les deux dernières, à la couche musculeuse en très grande partie, et probablement aussi à la tunique séreuse, le péritoine étant adhérent et fusionné avec les tissus voisins.

Si nous examinons à un plus fort grossissement ces différentes zones, en commençant par la surface interne, nous constatons d'abord l'absence complète d'épithélium et de

tubes glandulaires. On ne retrouve aucun vestige de la structure d'une muqueuse, mais seulement de très nombreuses cellules inflammatoires serrées les unes contre les autres, disposées en nappe uniforme à la surface de l'intestin, réparties dans un stroma peu visible et surtout fibrineux. Ces éléments sont, en majorité, ceux de la suppuration ; les polynucléaires prédominent ; puis les leucocytes mononucléaires à gros noyau, puis enfin les lymphocytes en moindre quantité. Dans cette zone inflammatoire et presque contre la surface, on remarque une extrême abondance de gros capillaires dilatés, hyperémiés. L'endothélium de ces vaisseaux est gonflé, plus visible qu'à l'état normal ; on remarque, à côté, des leucocytes parfois sur deux à trois couches ; il y a également beaucoup de globules blancs et surtout des polynucléaires à l'intérieur des vaisseaux.

Le tissu sous-jacent à cette zone inflammatoire est formé de fibres conjonctives étroitement serrées les unes contre les autres, constituant le plus souvent une gangue scléreuse, d'aspect presque homogène, contenant des petites cellules aplaties et peu distinctes. Mais on remarque cependant des régions où le tissu scléreux fait défaut et est remplacé par des îlots inflammatoires, au centre desquels se trouvent généralement un ou plusieurs vaisseaux. Ceux-ci sont ordinairement perméables ; toutefois, les petites artérioles sont souvent oblitérées par du tissu fibreux ; quelques artères ont aussi des parois plus ou moins épaissies par le même tissu.

La région musculeuse qui vient après, faisant suite à la sous-muqueuse ainsi transformée, est plus reconnaissable ; on y trouve, en effet, de larges bandes de tissu musculaire lisse, non encore envahi par la sclérose, tout au moins au niveau de la couche circulaire. Cependant, les faisceaux musculaires sont traversés par de larges bandes fibreuses qui les divisent inégalement.

La dernière zone qui, à un faible grossissement, paraît complètement fibreuse, correspond à la tunique de fibres longitudinales et à la séreuse, complètement fusionnée avec cette dernière. A un grossissement suffisant, on y trouve

encore quelques rares faisceaux de fibres musculaires lisses, mais on y voit surtout du tissu fibreux. C'est là, en effet, que la sclérose est arrivée à son maximum. Le tissu qui la constitue est plus compact encore que dans la couche sous-muqueuse, à peine fibroïde, presque anhiste ; les cellules y sont plus clairsemées. C'est là aussi que les vaisseaux, remarquables par leur abondance et leur grosseur, présentent les lésions les plus marquées ; presque tous les petits vaisseaux sont transformés en cordons pleins, fibreux, par suite d'une thrombose ancienne ; les artérioles offrent des parois sclérosées, presque sans fibres musculaires, épaissies, avec une lumière parfois à peine appréciable ou faisant même complètement défaut ; les parois des veines sont également sclérosées, surtout dans leur partie externe, et se confondent à ce niveau avec le tissu ambiant ; par contre, on observe peu de prolifération des endothéliums vasculaires, les lésions semblant porter surtout sur les tuniques moyenne et externe.

Nous avons cherché avec soin, dans le tissu inflammatoire, des éléments pouvant rappeler ceux des follicules tuberculeux ; ces éléments font absolument défaut.

Nous pensons qu'il s'agit d'un rétrécissement d'origine syphilitique, étant données les lésions des vaisseaux que nous avons constatées.

Observation II

Due à l'obligeance de M. Quénu, qui a bien voulu nous permettre de suivre ce malade de sa clientèle.

Rétrécissement tuberculeux ; rectite. Anus iliaque. Amélioration. Extirpation intra-sphinctérienne. Guérison.

M. M....., 29 ans, vient voir M. Quénu pour se faire opérer de son rétrécissement du rectum.

Ce malade ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Il a été plusieurs fois aux colonies, èt y a contracté la fièvre typho-malarienne en 1895, elle a duré trois mois ; il a présenté en même temps des phénomènes d'hépatite. En 1897, il a attrapé la blennorrhagie, — qui s'est accompagnée de cystite et d'orchi-épididymite, — il n'a pas de rétrécissement urétral.

En 1901, au mois de juillet, M. M... commence à avoir des douleurs au niveau de l'anus et du rectum, il trouve du sang dans ses matières, et même, parfois, des glaires purulentes; il constate en même temps l'apparition d'une couronne périanale d'hémorrhoïdes. Il commence à souffrir dans les masses musculaires des cuisses, il n'y fait pas grande attention.

Au mois de *novembre* 1901, ces douleurs augmentent et se localisent nettement aux articulations des deux genoux : on note de l'hydarthrose.

A partir du mois de *décembre*, les matières sont régulièrement enrobées de pus et de sang.

En juin 1902, il est opéré de ses hémorroïdes, par M. Reclus, qui constate une rectite assez intense et même un peu de périrectite.

Le malade va passer l'hiver dans le Midi ; les symptômes du côté du rectum ne font qu'augmenter, et il vient trouver M. Quénu en *avril* 1903.

A ce moment, il se plaint de violentes douleurs au niveau du rectum et de ténesme anal. Les garde-robes ont lieu avec difficulté et sont de plus en plus petites comme volume; le malade a constamment de faux besoins d'aller à la selle, et ne rend que quelques glaires. Les matières sont toujours couvertes de pus et de sang.

M. Quénu lui conseille un anus iliaque, le malade ne veut pas s'y décider encore, et se contente, sur les indications de M. Quénu, de se faire des lavages au permanganate faible avec la sonde à double courant.

La situation ne s'améliore pas, d'autant que M. M... ne suit que très irrégulièrement le traitement prescrit, les la-

vages sont fréquemment négligés, les douleurs rectales augmentent d'intensité, — les garde-robes sont de plus en plus difficiles, filiformes ou rubanées ; le malade est obligé de s'y reprendre à cinq ou six fois et n'obtient de résultats qu'avec plusieurs lavements et reste souvent trois jours sans aller au cabinet. Un écoulement sanguin accompagne toujours les selles.

Quant à la suppuration rectale, elle s'est considérablement accrue, depuis le mois d'*octobre;* le pus sort à l'extérieur d'une façon presque continue et M. M... est forcé de se garnir, et de renouveler plusieurs fois par jour son pansement.

Au toucher, on constate que le rétrécissement qui, d'après ce que nous a dit M. Quénu, était encore franchissable au mois d'avril, ne laisse plus passer même la pulpe de l'index, il est situé à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal ; le toucher est, du reste, extrêmement douloureux.

Le malade s'est cachectisé, il a beaucoup maigri, il pesait 71 kilos et n'en pèse plus, maintenant, que 55.

Aussi se décide-t-il à se laisser faire un anus iliaque, au commencement de janvier 1905, par le procédé habituel. Dès lors, son état général s'améliore sensiblement, les écoulements de pus et de sang commencent à diminuer, l'appétit revient et, un mois après, le malade pèse 59 kilos. Chaque jour de grandes irrigations au permanganate sont faites par l'anus vrai et par l'anus artificiel, à travers le rectum.

Le 15 *mars*, M. Quénu, jugeant que la rectite a suffisamment diminué, se décide à pratiquer l'extirpation du rétrécissement.

Il circonscrit l'anus par une incision faite à l'union de la peau et de la muqueuse, décolle cette dernière, jusqu'au-dessus du sphincter qu'il respecte scrupuleusement. Puis le cylindre anal étant lié, il sectionne toutes les tuniques rectales, et commence à libérer le rectum. Cette mobilisation est très pénible en avant où le rectum est très adhérent à la prostate, il faut véritablement sculpter le rectum à

coups de ciseaux dans les tissus périrectaux chroniquement enflammés.

On ouvre le cul-de-sac péritonéal, le rectum s'abaisse facilement, le péritoine est suturé ; résection de 12 centimètres d'intestin, restauration du périnée, suture du bout supérieur à la peau de la marge de l'anus. On place deux drains sur les côtés, entre la muqueuse et le sphincter, pour éviter l'accumulation de liquides dans les espaces morts. Suites excellentes. Deux jours après, M. Quénu retire un des drains, quelque temps plus tard, il retire le second drain ; mais est bientôt forcé de le replacer, car la température remontait un peu. Il est intéressant de constater que la cavité drainée, comprise entre la muqueuse et le sphincter, bien qu'étant tout à fait dans les conditions d'une fistule à l'anus, ne se comporte pas du tout comme elle, et se referme facilement quand, au bout de quinze jours, on retire définitivement le deuxième drain.

La contraction sphinctérienne est très forte, plus marquée même que dans notre observation I. Au toucher, on constate un très léger croissant linéaire au niveau de la suture qui est parfaitement souple.

Il persiste cependant un peu d'écoulement purulent par l'anus.

Le malade, peu après son opération, présente du sclérème de la lèvre inférieure, qu'il avait l'habitude de mâcher sans cesse.

M. Quénu revit le malade *six mois plus tard* (octobre), l'état général est excellent, la contraction sphinctérienne parfaite, le croissant linéaire que l'on avait senti par le toucher ne s'est pas modifié, mais il persiste toujours un peu de rectite. M. Quénu prescrit des pansements à la glycérine pure qui font le plus grand bien au malade et amènent une diminution de la sécrétion purulente. Mais, à cause de cette rectite, M. Quénu, malgré la demande du malade, ne veut pas encore lui fermer son anus iliaque.

Nous avons eu des nouvelles de M. M... en *décembre* 1905, l'état est toujours très satisfaisant et la guérison est complète.

M. Quénu a revu son malade dans les derniers mois de 1906, il se porte très bien, n'a aucune trace de récidive, mais il présente quelques points de réinoculation de tuberculose au niveau de sa muqueuse rectale, ce qui empêche de refermer son anus iliaque.

Examen histologique de la pièce, dû à l'obligeance du Dr Landel.

Paroi très épaissie, de 16 millimètres environ.

A la surface, zone inflammatoire de 1 millimètre en moyenne ; le reste de la sous-muqueuse, épais de 4 millimètres, s'arrête nettement à la musculeuse. Celle-ci demeure bien conservée ; on y distingue facilement les deux couches de faisceaux. La séreuse n'est pas distincte.

La zone inflammatoire de la surface correspond à la partie supérieure de la sous-muqueuse, la muqueuse faisant complètement défaut. Elle est constituée par des éléments lymphatiques parmi lesquels prédominent les lymphocytes et les mononucléaires. Par places, on observe une tendance à la formation de tissu fibrillaire. Il existe dans cette zone de nombreux petits vaisseaux renfermant des globules rouges très bien conservés, moins dilatés cependant que dans les observations I et III. — Le reste de la sous-muqueuse est constitué par îlots de petites cellules rondes et de grandes cellules à nombreux noyaux, des follicules tuberculeux, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, et par un tissu interstitiel séparant ces follicules, et ayant une structure un peu spéciale.

Ce tissu est très abondant ; non seulement il prédomine dans la sous-muqueuse, mais encore il s'insinue largement dans la couche musculeuse, entre les faisceaux musculaires qu'il fragmente et dissocie, surtout dans les parties profondes. Il n'est pa composé, comme dans les observations I et III, de tissu fibreux compact et presque anhiste, mais d'un très fin tissu fibrillaire peu colorable et d'une très

grande quantité de petits faisceaux conjonctifs fibreux, distinctement séparés les uns des autres, courts, sinueux, formés de quelques fibres seulement et présentant un peu l'aspect de fibres élastiques. Ce tissu ne contient pas de petites cellules aplaties, mais des lymphocytes dont la forme est bien conservée. Les fibres et les faisceaux ne sont pas soudés entre eux par une matière amorphe ; le tissu fibrillaire dans lequel ils sont plongés est lui-même lâche ; tous les éléments sont à une certaine distance les uns des autres ; il semble que l'on ait affaire à un tissu fortement œdématié.

La couche musculeuse est formée de faisceaux musculaires lisses, bien conservés, mais irrégulièrement sectionnés ou divisés par les travées du tissu que nous venons de décrire. De temps à autre, on y rencontre, comme dans la sous-muqueuse, des follicules tuberculeux. On y trouve aussi une notable proportion de tissu adipeux résultant vraisemblablement d'une dégénérescence.

Vers la profondeur, les faisceaux longitudinaux s'espacent de plus en plus ; ils finissent par être entièrement remplacés par du tissu fibreux de nouvelle formation qui se confond alors avec la séreuse elle-même transformée.

Vers la face externe, on rencontre du tissu adipeux, des îlots de cellules rondes et des vaisseaux entourés de tissu fibreux assez résistant, qui se continue avec le tissu intermusculaire.

Revenons à présent sur la structure des follicules que nous venons d'observer depuis la zone superficielle de la sous-muqueuse.

Ces follicules sont nombreux ; on en compte de 10 à 30 environ, par centimètre carré. On les trouve surtout dans les parties profondes de la sous-muqueuse. Leur diamètre varie de quelques centièmes à cinq dixièmes de millimètre. Ils sont composés de petites cellules rondes, fort nettes, et de cellules beaucoup plus grandes, à protoplasme abondant et à nombreux noyaux.

Les plus grands éléments sont tantôt isolés, tantôt plus ou moins nombreux dans une région quelconque du folli-

cule. Ce sont des cellules géantes de petite taille ; elles possèdent de trois à vingt ou trente noyaux sur la coupe : ces noyaux sont généralement groupés en un point quelconque de la cellule. Il existe souvent autour d'elles d'autres cellules plus petites et semblables de forme, à deux ou trois noyaux seulement. Notons la fréquence, dans ces cellules géantes, de petites cavités kystiques renfermant un corpuscule d'apparence amorphe. Quelquefois, on voit, à la place des cellules géantes, une matière caséeuse avec des débris de noyaux. On ne rencontre jamais d'anneau fibreux autour de ces follicules.

Quant aux vaisseaux, ils sont, d'ordinaire, très peu altérés. Nous avons bien remarqué dans quelques artères situées au voisinage de la lumière intestinale, des lésions fort belles d'endartérite végétante, d'ailleurs sans oblitération complète de la lumière ; mais ces lésions ne se retrouvent plus à une certaine distance de la zone inflammatoire, et la tunique moyenne des artères reste toujours remarquablement nette, formant contraste avec ce qu'on remarque dans nos observations I et III. Il n'y a pas davantage de périartérite. Les veines et les capillaires n'offrent pas non plus de lésions appréciables, bien que certains petits capillaires, complètement remplis d'un coagulum sanguin, paraissent être le siège d'une thrombose récente.

Nous pensons donc qu'il s'agit d'un rétrécissement tuberculeux.

Observation III

Rétrécissement syphilitique, rectite abondante. Anus iliaque, extirpation intra-sphinctérienne avec résection d'une tranche prostatique. Guérison.

X..., âgé de 60 ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Boyer, pour un rétrécissement du rectum, 1905, 29 mars.

Rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A 18 ans, le malade a contracté la syphilis, il a eu un chancre à la verge, dont on peut retrouver à peu près la trace, il a été soigné, à ce moment, à l'hôpital Ricord. Il a eu des plaques muqueuses dans la bouche, de la roséole, et a perdu presque complètement ses cheveux. Il s'est marié à 27 ans, et a eu trois enfants.

Depuis une époque qu'on ne peut parvenir à lui faire préciser, il a souffert du rectum.

En 1898, il a commencé à éprouver de sérieuses difficultés pour aller à la selle, à partir de ce moment il perd du pus par l'anus.

L'écoulement, assez abondant, se fait principalement dans l'intervalle de ses garde-robes, le malade croit alors qu'il va aller au cabinet et il ne rend que du pus et des glaires.

Ses matières ressemblaient, d'après lui, à des crottes de chèvre.

Il est envoyé, en 1899, par M. Nélaton, à M. Quénu. Son sphincter est tellement contracturé qu'il est nécessaire de lui donner du chloroforme pour pouvoir l'examiner complètement.

Il prétend qu'on lui a fait un grattage, il sort de l'hôpital amélioré.

Il reprend son métier, et, de 1900 à 1904, va assez bien, il allait assez régulièrement à la selle, mais perdait toujours du pus par l'anus, et avait conservé des démangeaisons vives au niveau de l'anus.

Au commencement de 1904, les matières ont beaucoup de peine à sortir, elles sont rubanées, le malade perd du pus plus abondamment que la première fois ; il reste à Cochin du 22 avril au 31 mai, il aurait eu un abcès péri-rectal, dit-il ; il prend des lavages au permanganate.

Le 29 *mars* 1905, les phénomènes de rétrécissement et de rectite ne faisant qu'augmenter, le malade rentre salle Boyer pour se faire opérer. Il a de faux besoins d'aller à la selle, il ne peut plus travailler, n'est plus occupé qu'à savoir quand et comment il pourra aller au cabinet, il a

des épreintes, et perd du pus très abondamment, il est forcé de changer de garnitures plusieurs fois par jour.

Depuis le commencement de 1905, du sang teinte ses matières, et ce saignement va en augmentant.

Le malade ne tousse pas et n'a aucun signe de tuberculose pulmonaire ; au niveau de l'anus, on constate un érythème très marqué qui atteint la face interne des cuisses de 7 à 8 centimètres environ.

Au *toucher rectal*, on sent, à environ 4 centimètres de l'orifice anal, un rétrécissement extrêmement serré qui ne laisse pas passer l'index et qu'il est impossible de dépasser, on ne peut pas apprécier son étendue avec le doigt; du reste, le toucher est très douloureux. Au niveau du rétrécissement, la muqueuse rectale est peu souple et présente des lésions de rectite proliférante.

Le 18 *avril* 1905, on lui fait un *anus iliaque* par le procédé habituel. Quelques jours après, on constate de la rougeur à ce niveau, et il se forme là un véritable phlegmon ; le malade a 40°, un pouls à 110 ; puis, au bout de dix jours, tout rentre dans l'ordre.

Depuis que le malade a son anus, il se sent mieux, il a meilleur appétit et engraisse. Rien ne passe plus par son rectum ; la suppuration a beaucoup diminué, et il ne s'écoule plus autant de pus par l'anus.

Opération, par M. Pierre Duval, le 24 *juin.* — On commence par dilater complètement l'anus avec les doigts ; on fait une incision circulaire autour de l'orifice anal exactement à l'union de la muqueuse avec la peau ; on suture l'anus, et on dissèque soigneusement la muqueuse jusqu'à ce qu'on ait dépassé le sphincter ; puis on gagne la face externe du cylindre rectal, et on cherche à le mobiliser ; la dissection est extrêmement laborieuse en arrière et surtout en avant, où le rectum, très infiltré, adhère intimement à la prostate. M. Duval n'hésite pas à entamer la prostate pour faciliter la mobilisation et enlève tous les tissus malades ; l'introduction d'une sonde montre que l'urètre n'a pas été atteint. Il ouvre ensuite le cul-de-sac péritonéal pour pouvoir abaisser suffisamment le rectum et dépasser

largement le rétrécissement. On sectionne au-dessus de la portion malade et on suture la partie supérieure du rectum à la peau de l'anus ; on place un drain en avant et un autre en arrière.

Octobre 1905. — Il s'est formé, au niveau de la marge de l'anus, une rétraction cicatricielle sur la ligne de suture, l'érythème fessier et périanal a presque complètement disparu ; il s'écoule encore une certaine quantité de pus par l'anus..

Janvier 1906.— Le malade est revu et touché par M.Pierre Duval et par nous-même : on trouve au niveau de l'orifice anal un anneau cicatriciel haut de 1 centimètre, la muqueuse rectale est parfaitement souple et ne présente aucune trace d'induration; aussi, M. Pierre Duval se propose-t-il d'abaisser la muqueuse rectale pour faire disparaître cet anneau. La suppuration rectale a beaucoup diminué et n'est plus représentée que par quelques gouttes de pus sur la compresse. L'état général est excellent, le malade a engraissé de 15 livres.

M. Pierre Duval comptait, après l'ablation de cet anneau cicatriciel, qui s'est faite très facilement, pouvoir refermer l'anus iliaque.

Mais, au moment où il se disposait à le faire, il fut forcé de renvoyer le malade du service pour outrages aux mœurs.

Examen histologique dû à l'obligeance de notre ami, le Dr Landel.

La coupe de l'intestin présente beaucoup d'analogie avec celle de l'observation I.

L'épaisseur totale est de 2 centimètres. On y distingue, à un faible grossissement : 1° une zone inflammatoire de 3 millimètres ; 2° une couche fibreuse de 5 mm. environ ; 3° une large bande musculeuse de 6 mm.; enfin, une nouvelle zone fibreuse de 6 mm.

La zone inflammatoire est formée d'une grande quantité

d'éléments lymphatiques, mono et polynucléaires ; la muqueuse et les glandes font totalement défaut. On observe dans toute cette région beaucoup de capillaires dilatés, comme dans l'observation I.

La couche 2 est constituée par des tractus fibreux plus ou moins épais, alternant avec des traînées de cellules inflammatoires : on rencontre dans cette région des termes de passage entre le tissu récemment enflammé et le tissu fibreux. Il existe, soit dans les traînées de cellules rondes, soit dans les bandes fibreuses, une grande quantité de vaisseaux dilatés avec des parois plus ou moins sclérosées. Les couches 1 et 2 correspondent à la sous-muqueuse.

La couche 3 correspond à la tunique musculeuse dans sa région superficielle (fibres circulaires). — Elle se compose de faisceaux de fibres musculaires lisses, sectionnés par des travées de tissu fibreux. Le tissu musculaire est d'autant plus espacé et discontinu que l'on s'avance vers les parties les plus externes de l'intestin. Au niveau de la couche de fibres longitudinales et de la séreuse, on ne rencontre plus que du tissu scléreux et compact laissant voir, par places, des îlots de cellules rondes entourant des groupes de vaisseaux, qui paraissent en être le centre. C'est dans cette zone que l'on observe les plus importantes altérations vasculaires.

Ces altérations correspondent à celles que l'on observe d'ordinaire dans les tissus atteints de lésions syphilitiques ; elles intéressent les veines, les artères et les capillaires.

Les veines semblent les moins atteintes ; cependant, l'endothélium est plus apparent qu'à l'état normal ; on trouve des leucocytes à la surface interne et dans la lumière du vaisseau ; la paroi externe est scléreuse et se confond avec le tissu ambiant. Beaucoup sont très dilatées ; quelques-unes sont thrombosées.

Les artères présentent des lésions d'endartérite, et surtout de méso et de périartérite. L'endothélium prolifère à l'intérieur de la lumière du vaisseau : celle-ci est simplement diminuée de volume, ou réduite à une fente virtuelle par l'épaississement fibreux des couches moyenne et ex-

terne, ou, d'autres fois, complètement absente. La couche musculaire de la tunique moyenne disparaît et l'on ne trouve plus que du tissu scléreux avec quelques petites cellules apalaties. Les petites artérioles sont le plus souvent complètement oblitérées ; elles présentent en section transversale l'aspect de masses arrondies, de structure légèrement fibroïde avec quelques noyaux épais, ce qui leur donne, au premier abord, l'aspect grossier de cellules géantes. Celles-ci font d'ailleurs absolument défaut dans toutes les parties de la paroi intestinale.

Nous pensons donc qu'il s'agit là d'un rétrécissement syphilitique.

Observation IV.

Due à l'obligeance de notre maître, M. Pierre Duval.

Rétrécissement tuberculeux du rectum, anus iliaque, extirpation avec résection d'une partie du sphincter. Guérison.

Esther M..., 36 ans, entre, le 7 octobre 1905, dans le service de M. Quénu, salle Richet, pour des troubles du côté du rectum.

Elle a été réglée à 13 ans, toujours régulièrement, s'est mariée à 22 ans, et a eu un accouchement à terme en 1900. Elle n'a jamais toussé.

Etant enceinte de trois mois, en 1899, elle a commencé à avoir la diarrhée presque tous les jours, surtout pendant la nuit ; elle était forcée d'aller à la selle jusqu'à trois et quatre fois la nuit ; le jour, la diarrhée était très peu marquée. La malade n'avait pas de douleurs, ni abdominales, ni rectales ; son appétit était conservé, et elle s'alimentait bien.

Quand la malade se leva la première fois, après son accouchement, en 1900, elle s'aperçut avec stupeur qu'elle perdait, par l'anus, une petite quantité de *liquide séropurulent*. — Cet écoulement se reproduisit, à partir de ce

moment, assez fréquemment ; en même temps apparurent des démangeaisons autour de l'anus, accompagnées de cuissons plus ou moins fortes.

Mme M... ne souffrait pas en allant à la selle, mais elle avait de fréquentes fausses envies d'y aller, sans pouvoir arriver à un résultat.

Vers le milieu de 1903, elle remarqua qu'après l'évacuation des matières, il s'écoulait une certaine quantité, pas très abondante, dit-elle, de sang rouge. — En même temps elle constatait, dans ses selles, des débris de muqueuse, des peaux ressemblant, selon elle, à des crachats. Elle eût, vers le même moment, pendant qu'elle commençait à souffrir du rectum, une adénopathie inguinable double, qui fut prise pour un abcès et fut incisée par un médecin.

En juin 1905, comme elle souffrait beaucoup en allant à la selle, et qu'elle perdait du sang par l'anus, on pensa qu'il s'agissait d'hémorrhoïdes, et on l'opéra au thermocautère pour cette affection.

A son entrée dans le service, la malade a la diarrhée, le jour comme la nuit, sans douleur du reste ; elle a de fréquentes fausses envies et se présente inutilement au cabinet ; entre les selles, elle a du ténesme rectal, et de la pesanteur autour de l'anus.

Elle perd une certaine quantité de liquide jaunâtre par le fondement, et un peu de sang après ses garde-robes.

Son état général est bon, elle a de l'appétit.

Au toucher rectal, on constate un rétrécissement annulaire assez serré (puisqu'il laisse à peine passer l'index), et situé à 2 centimètres de la marge de l'anus. Le toucher rectal est extrêmement douloureux, la muqueuse rectale est épaissie.

Le 17 octobre, on constate, en faisant l'irrigation rectale (que l'on faisait chaque jour depuis son entrée à l'hôpital), la présence d'une fistule recto-vaginale, située au-dessous de la sténose.

Au commencement de novembre, M. Pierre Duval lui fait un anus iliaque, suivant le procédé habituel.

Le 8 décembre, on est obligé d'agrandir la bouche intestinale, quelques matières passant par le rectum.

La malade est revue à la fin de décembre : elle est considérablement améliorée, n'a plus ni pesanteur anale, ni faux besoins. Sa suppuration rectale a notablement diminué ; elle a engraissé.

Le 19 janvier, la malade rentre à l'hôpital, pour se faire extirper son rétrécissment.

Elle est opérée, le 20 janvier, par M. Pierre Duval.

Extirpation périnéale par la méthode habituelle, ablation d'une partie du sphincter envahi, résection d'une portion du vagin, reconstitution des releveurs, suture circulaire du rectum, drainage. La pièce n'a malheureusement pas pu être retrouvée pour être examinée au microscope.

Les suites de l'opération sont excellentes, c'est tout juste si la malade a 38° le deuxième jour et 105 de pouls.

On enlève le drain le 1er février.

La plaie se ferme progressivement, tandis que l'on passe chaque jour des bougies rectales.

Le 18 février, la malade quitte l'hôpital; les douleurs et les hémorrhagies ont disparu complètement, ainsi que l'écoulement rectal.

Elle revient, deux fois par semaine, se faire passer des bougies rectales.

Comme il s'est formé un rétrécissement cicatriciel peu étendu, au niveau de la ligne ano-cutanée, M. Pierre Duval le résèque le 5 janvier 1907. Suture.

20 janvier. Résultat excellent, pas de suppuration, ni de douleurs, rectum parfaitement souple ; dans quelque temps, on pourra songer à refermer son anus iliaque, mais, étant donnée la nature tuberculeuse, on devra surveiller la muqueuse avec soin.

Observation V

Due à l'obligeance de notre maître, M. Quénu.

Rétrécissement syphilitique, rhumatisme rectal, dilatation quotidienne, amélioration considérable.

Il s'agissait d'une dame du monde, âgée de 58 ans, atteinte d'un rétrécissement du rectum dont son médecin ignorait la nature.

La malade perdait une quantité considérable de pus par l'anus et un peu de sang. Elle avait de très grandes difficultés pour aller à la selle et de vives douleurs à ce moment.

La malade présentait, depuis sa suppuration rectale, des douleurs rhumatismales très marquées dans les articulations des doigts et du poignet.

M. Quénu la voit à cette époque, il conclut nettement à l'origine syphilitique ; le rétrécissement siégeait à environ 5 centimètres au-dessus de l'anus, il était tellement serré que le bout de l'index ne pouvait arriver à le franchir. Il avait été question de faire à cette dame un anus iliaque.

M. Quénu préféra essayer la dilatation de la sténose au moyen de sondes en caoutchouc rouge, et prescrivit, en outre, des lavages rectaux avec une solution très faible de permanganate de potasse, plusieurs fois par jour.

Ce traitement amena une notable amélioration.

Deux ans après, cependant, la suppuration, qui avait diminué, s'accrût de nouveau, elle s'accompagnait de légères pertes de sang.

M. Quénu constata la présence de végétations autour de l'anus ; au moyen d'un spéculum, il fit le nettoyage et le curettage de ces végétations, à la base desquelles il fit quelques points de suture pour les enlever. Il prescrivit de continuer très régulièrement les lavages au permanganate faible, les dilatations quotidiennes avec les sondes en caout-

chouc rouge; institua un régime alimentaire destiné à faciliter les garde-robes.

Il y a trois ans que la malade suit ce traitement, et elle a été considérablement améliorée, la suppuration rectale a presque disparu ; elle n'a jamais eu d'érythème fessier ou périanal ; ses douleurs rhumatismales des mains ont complètement cessé, elle peut mener une vie mondaine, mais à condition de suivre scrupuleusement son traitement et d'avoir une garde à demeure qui lui donne, chaque jour, les soins nécessaires à son rectum.

M. Quénu a revu cette malade à la fin de 1906, il a constaté la présence d'un petit condylome intra-rectal qu'il a coupé d'un coupde ciseau ; le résultat du traitement est toujours excellent; le rectum est complètement sec, pas de trace de suppuration, la muqueuse est légèrement parcheminée.

Observation VI

Due à l'obligeance de notre maître, M. Quénu.

Rétrécissement syphilitique, rectite intense, énorme suppuration, rhumatisme rectal, anus iliaque, amélioration considérable.

X..., *Mexicain*, âgé de 38 ans, vient consulter M. Quénu, au mois de juillet 1901, pour un rétrécissement du rectum.

Son histoire était la suivante : il avait eu, il y a longtemps déjà, la syphilis, et commençait à souffrir depuis quelques années de son rectum. Il n'allait qu'avec une difficulté extrême à la garde-robe, obligé de s'y reprendre à plusieurs fois pour obtenir un très médiocre résultat. Mais, ce qu'il présentait de caractéristique, c'est une suppuration tellement abondante, que, lorsqu'il se mettait au-dessus du vase et poussait, il sortait de son anus un véritable jet de pus: M. Quénu fut, plusieurs fois, témoin de ce fait.

Le malade était, en outre, sujet à des accidents fébriles intenses qu'on avait pris pour des accès paludéens, mais il

n'avait jamais eu le type net de la fièvre paludique, le sulfate de quinine restait sans effet; aussi, M. Quénu pensait avec raison qu'il fallait rattacher cette fièvre à la suppuration rectale. Telle était aussi la cause d'une autre complication : le malade présentait des poussées d'arthrite au niveau du genou, avec hydarthrose consécutive.

Le pourtour du rectum était squameux, rougeâtre, il y avait des ganglions au niveau des plis inguinaux et à certains moments, des poussées de lymphangite qui étaient la véritable origine des accès fébrile.

Au toucher rectal, on constatait un rétrécissement infranchissable, situé à 5 ou 6 centimètres de l'anus.

M. Quénu lui conseille un anus iliaque pour mettre au repos son rectum. Le malade s'y refuse, et suit, pendant quatre mois, sous la direction de M. le professeur Fournier, un traitement antisyphilitique sévère. Il n'en retire aucune amélioration et revient voir M. Quénu au mois de novembre 1901, disposé à se laisser faire un anus.

M. Quénu lui fait un anus avec un bon éperon, le malade, qui allait très bien, trois semaines après l'intervention est atteint d'un érysipèle ambulant, commençant à l'anus vrai, s'étendant aux fesses, au dos, aux cuisses. La région opératoire est seule ménagée, aussi M. Quénu ne s'inquiéta-t-il pas outre mesure de cet accident qui s'était déjà produit au moment des accès de fièvre précédents.

Le malade avait, chaque jour, une irrigation rectale au permanganate faible, 1 pour 3.000, irrigation qu'on lui faisait aussi bien par son anus vrai que par son anus iliaque.

Comme M. Quénu avait attiré, en faisant son anus, une grande partie de l'anse sigmoïde, au bout de trois mois, il fit l'abrasion de tout ce qui dépassait la peau ; il ne passait absolument aucune matière, ni sécrétion par le bout inférieur.

A la suite de ce traitement, trois mois après l'opération, la suppuration rectale avait presque disparu, il n'y avait plus ni accès de fièvre, ni poussées de rhumatisme.

Un an après, le malade, dont la rectite était supprimée, avait engraissé de 25 livres.

Observation VII

Rétrécissement syphilitique, rectite, anus iliaque : persistance de la suppuration ; exclusion du rectum, suppression de l'écouiement purulent.

Marie A..., 38 ans, vient consulter M. Quénu pour des pertes abondantes de pus et de sang par le rectum.

Elle est réglée régulièrement, ne présente aucun antécédent à signaler ; elle s'est mariée à 23 ans en 1887, n'a jamais eu de fausses-couches, ni d'enfants avant terme. 4 ans après son mariage en 1891, elle a un enfant qui est mort 2 ans après ; en 1893, elle a un deuxième enfant, qui se porte bien, mais a mal aux yeux, dit la malade, sans qu'on puisse lui faire préciser l'affection dont il est atteint. On ne trouve chez elle aucune trace de chancre, ni de plaques muqueuses, pas de céphalée nocturne, pas de pertes de cheveux.. En 1896, la malade commence à perdre du sang et du pus par l'anus et à avoir de grandes difficultés pour aller à la selle. Elle attribue ces phénomènes à une chute de voiture qu'elle aurait faite, elle aurait reçu un coup violent au niveau de l'anus.

Cependant par un interrogatoire serré, on apprend que la malade avait eu quelques rares fois des pertes de sang par le rectum avant sa chute. Depuis son accident, elle prétend qu'elle est devenue très constipée, alors qu'auparavant elle allait facilement à la garde-robe.

Cette situation s'aggrave de mois en mois, l'écoulement sanguin et purulent augmente, il survient chaque fois que la malade va à la selle ; elle n'arrive du reste, après les plus grands efforts, qu'à expulser quelques crottes, comme les grains d'un chapelet, dit-elle, ou des matières rubanées. Parfois les selles viennent sans qu'elle s'en rende compte. C'est avec ces signes qu'elle entre à l'hôpital en juin 1897. M. Quénu constate au toucher rectal un rétrécissement annulaire, siégeant à 5 ou 6 cm. de l'orifice anal, et tellement

serré qu'on ne peut arriver à le dépasser avec le doigt. La muqueuse présente des lésions de rectite, elle est épaissie, rugueuse.

Le 11 *juin* 1897, M. Quénu lui fait un anus iliaque.

A la suite de cette intervention, on constate un soulagement notable ; la malade qui avait considérablement maigri, engraisse de nouveau, l'écoulement purulent et sanguin par l'anus semble diminuer.

Mais bientôt il recommence à se montrer comme précédemment, Marie A... est forcée de continuer à se garnir. M. Quénu se décide alors à intervenir de nouveau.

Pour diminuer cette rectite, il se propose de mettre complètement au repos le rectum malade, et pour empêcher l'entrée de particules de matières, ou de sécrétions venant de l'anus iliaque, le 12 mars 1898 il ferme le bout inférieur intestinal au niveau de l'anus iliaque, pratiquant ainsi l'exclusion d'une partie de l'anse sigmoïde et du rectum.

Le résultat est complètement en rapport avec les idées de M. Quénu, car depuis ce moment, l'écoulement de pus et de sang diminue graduellement, si bien que la malade peut retourner chez elle.

Marie A... est revue 7 ans après au mois de juillet 1904, elle rentre à l'hôpital du 21 février au 18 mars 1905, pour que nous nous rendions compte de son état.

Elle raconte que depuis son opération, son écoulement rectal a constamment décru, comme quantité ; elle ne perd plus de sang, mais seulement de l'eau rougie, puis elle reste de longs intervalles sans aucune perte, ou en ne perdant plus que quelques gouttes, si bien que depuis longtemps elle ne se garnit plus. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade est suivie de très près au sujet de son écoulement, c'est tout juste si on trouve, au bout de 24 heures, quelques taches sur une compresse, et pas la moindre trace de sang.

L'anus iliaque fonctionne très bien, la malade n'a plus aucune douleur.

Nous constatons qu'elle présente à la cuisse droite une ulcération gommeuse évidemment syphilitique ; il y a un an qu'elle aurait débuté. Avec un traitement mercuriel, in-

jection d'huile biiodurée, nous arrivons en quelques jours à obtenir la guérison de cette ulcération.

Quant à son rectum, il est impossible d'y introduire le doigt, nous en essayons en vain le cathétérisme avec des sondes urétrales. Les bougies les plus filiformes ne peuvent être introduites au delà de l'orifice anal, il y a donc une atrophie complète du segment exclu. La malade est revue en novembre 1905, son état général est toujours excellent, aucune perte par l'anus. Revue le 28 janvier 1906, Marie A... se porte parfaitement, pas trace de rectite, ni de douleurs.

Observation VIII

Rétrécissement du rectum probablement syphilitique, rectite intense, anus iliaque, amélioration considérable.

Marie P..., 46 ans, entre à l'hôpital Cochin pour des douleurs au niveau de la région ombilicale et un besoin continuel d'aller à la garde-robe dès qu'elle est levée ; en outre, elle perd du pus et du sang par l'anus.

On ne trouve rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Aucun signe de bacillose, elle prétend ne pas avoir eu la syphilis, on n'en découvre aucune trace, cependant la malade a perdu ses cheveux il y a 10 ans, et présente assez souvent de la céphalée nocturne. Elle est très constipée depuis dix ans ; dans ces deux dernières années, elle a constaté que ses matières n'étaient pas plus grosses que le doigt, et étaient aplaties comme un ruban, ses selles étaient enrobées de glaires, de pus et de sang et exhalaient une odeur extrêmement forte. Cette suppuration rectale était presque continue, forçant la malade à se garnir, et à changer jusqu'à trois fois par jour de pansement, tous les dix ou douze jours se produisait une véritable débâcle de pus et de matières liquides.

Marie P.,.. est, à son entrée, très cachectique, elle prétend

avoir considérablement maigri depuis un an, et avoir souvent des poussées fébriles, sa température montait jusqu'à 40°. Le toucher rectal est très douloureux ; à 1 centimètre et demi du sphincter externe, on constate un anneau circulaire qui enserre l'extrémité du doigt explorateur ; au-dessus de la sténose, la muqueuse est indurée, parcheminée, elle a complètement perdu son élasticité normale, on ne trouve cependant aucune trace d'ulcération.

On soumet sans succès la malade au traitement antisyphilitique, les pertes purulentes et sanguines sont toujours aussi abondantes et accompagnées de vives douleurs irradiant jusque dans le ventre ; les selles sont diarrhéiques.

30 *janvier* 1904. M. Quénu se décide à lui faire un anus iliaque, il est ouvert au thermocautère, suivant le mode habituel le 1er février. A partir de ce moment, l'état général se relève rapidement, la malade engraisse notablement, l'appétit est redevenu normal.

Les pertes sanguines par l'anus ont complètement disparu. Elle n'a plus de fièvre ; quant à la suppuration rectale, elle n'est pas complètement tarie, mais elle a considérablement diminué. L'anus iliaque fonctionne très bien, il ne passe plus rien par le bout inférieur. La malade n'a plus les douleurs qu'elle présentait auparavant au niveau du rectum et de l'abdomen.

Marie P. est revue au commencement de janvier 1906, son état général s'est encore amélioré, elle a engraissé, ne souffre toujours plus. La suppuration rectale n'existe presque plus : c'est tout au plus si on trouve quelques gouttes de pus sur la compresse qu'elle a gardée 24 heures.

Au toucher, on constate au-dessus du sphincter un rétrécissement serré, qu'il est absolument impossible de franchir, la sténose s'est resserrée notablement depuis la création de l'anus iliaque, mais la muqueuse sous-jacente semble moins malade qu'auparavant. Marie P. dont l'état s'est encore amélioré pendant le premier semestre de 1906, sort au mois de septembre de l'hôpital pour reprendre son travail, elle n'a plus de douleur, ni de rectite et a encore engraissé.

Observations IX

Double rétrécissement inflammatoire du rectum. Anus artificiel préalable. Rectotomie linéaire interne et dilatation progressive du rectum. Fermeture tardive de l'anus artificiel.

Due à l'obligeance de M. le Dr Baudet, chirurgien des hôpitaux.

Maus..., domestique, 43 ans, salle Notre-Dame, 13 bis, le 8 février 1904.

Elle entre pour une constipation opiniâtre sans occlusion proprement dite.

Femme sans antécédents personnels ni héréditaires importants. Elle porte des marques de syphilis ulcéreuse à la jambe droite.

Il y a deux ans que la constipation est devenue très marquée. Depuis plusieurs mois, elle perd du pus par le fondement.

Elle est très amaigrie : la face un peu terreuse. A l'examen, on constate au niveau de l'anus des condylomes très développés formant de véritables choux-fleurs, tous très longs et un peu flottants qui masquent l'anus. Ils sont fibreux comme consistance.

Tout autour de l'anus, il y a 3 fistules dont une sur chaque fesse et une en avant allant s'ouvrir à la vulve au niveau de la fourchette. Ces fistules vont se terminer très bas dans le rectum. L'anus a un calibre qui va se rétrécissant jusqu'à 3 centimètres ; là existe un rétrécissement serré laissant à peine passer l'index. Il est aminci, fibreux, sans épaisseur. Le doigt le franchit, mais il est très serré. A 6 centimètres on trouve un 2e rétrécissement plus étroit de même consistance, de même force, c'est-à-dire annulaire et à bords minces et résistants. On ne peut le franchir. Entre les deux rétrécissements, la muqueuse rectale ne présente pas de végétations : mais elle est fongueuse, et friable.

Devant les accidents de constipation, je pratique le 16 février un anus iliaque gauche en deux temps, sur le colon pelvien.

Les suites opératoires furent bonnes et quelque temps après (un mois) on fit des lavages au permanganate très faible par l'orifice inférieur de l'anus artificiel.

Le 21 avril, la malade avait repris de l'embonpoint, l'anus artificiel fonctionnant bien, je fis une deuxième opération. J'abrasai tous les condylomes qui obstruaient l'anus normal : j'incisai les trois trajets fistuleux, sous-sphinctériens, et je fis la rectotomie linéaire interne. Pour cela, j'introduisai, après dilatation digitale très prudente, un bistouri boutonné dans le premier rétrécissement et l'incisai en trois ou quatre endroits, n'intéressant que la muqueuse et la sous-muqueuse. Puis l'anus étant devenu très large, j'arrivai sur le deuxième rétrécissement que j'incisai de la même manière. Après ces rectotomies internes, le calibre du rectum s'était beaucoup agrandi. Les jours suivants, quand les plaies anales eurent été un peu détergées, on reprit les lavages par en haut, c'est-à-dire par l'anus artificiel et par en bas, par l'anus normal. Puis vers le dixième jour, je commençai la dilatation prudente. De sorte qu'au bout de 2 mois 1/2, quand les fistules anales furent guéries, la malade introduisait elle-même par son anus une bougie d'Hégar, n° 30.

A ce moment, le 26 juillet, je pratiquai la fermeture de l'anus artificiel en faisant une laparotomie et entéroraphie.

Vers la fin d'août, la malade sortit guérie et elle passait elle-même une bougie d'Hegar, n° 28. Et elle continua ce traitement, venant pendant plusieurs semaines à l'hôpital une fois par semaine se faire dilater et passer un numéro plus fort.

Je l'ai suivie ainsi plusieurs mois jusque vers juin 1905. Elle allait très bien, était engraissée. Elle avait repris ses occupations. Elle allait assez régulièrement à la selle. Et passait tous les deux ou trois jours le n° 26 des bougies d'Hégar. Depuis ce moment, je ne l'ai plus revue.

Observation X

Rétrécissement cicatriciel du rectum. Anastomose iléo-rectale par la voie sacrée.

Due à l'obligeance de M. le Dr Chaput, Chirurgien de Lariboisière.

Mme B., 40 ans environ, est atteinte depuis dix ans d'un rétrécissement cicatriciel du rectum. Au toucher on constate que le rétrécissement commence à 3 cm. au-dessus de l'anus et est très serré. Sous l'anesthésie lombaire le doigt peut franchir l'orifice inférieur du rétrécissement et constater que la sténose s'étend bien au-delà des limites accessibles au doigt introduit à fond.

Le 27 mai 1905, anesthésie lombaire à la stovaïne.

La malade étant couchée sur le côté droit, je fais sur le bord gauche du sacrum une incision para-sacrée prolongée en bas jusqu'au devant de l'anus. Dénudation de la face gauche du rectum, entrée dans le petit bassin. Le Douglas est oblitéré par des adhérences et je ne puis amener aucune anse grêle.

Je pratique alors une laparotomie médiane, je choisis une anse grêle basse, je la charge sur une grosse soie fixée sur une pince hémostatique. Je cherche à me faire une voie vers l'incision sacrée en dissociant les adhérences avec les doigts ; à un moment donné des gaz fétides et quelques gouttes de liquide stercoral s'écoulent et indiquent qu'une déchirure de l'anse omega a eu lieu. La déchirure est très profondément située, et inaccessible, je ne puis arriver à la suturer.

Le ventre est refermé.

Je reviens à l'incision sacrée, j'attire dans la plaie la pince hémostatique qui amène la soie et l'anse grêle choisie.

Je suture celle-ci à la face latérale gauche du rectum, immédiatement au-dessus des sphincters après avoir incisé le rectum horizontalement.

La plaie sacrée laissée ouverte est bourrée à la gaze au peroxyde de zinc.

Le 29 mai, l'anastomose ne fonctionnant pas, j'introduis l'index par l'anus, je constate que les tissus de l'anastomose sont accolés par une sécrétion visqueuse, je les décolle et le lendemain une selle abondante a lieu.

Pendant ce temps la septicémie faisait son œuvre dans le bassin et la malade mourait le sixième jour après avoir présenté une température élevée et des accidents délirants attribuables en partie à ses habitudes d'intempérance.

Observation XI.

Due à l'amabilité de nos amis, MM. X. Bender et C. Papin.

Rétrécissement tuberculeux du rectum chez une syphilitique, extirpation.

C... Louise, 27 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

La malade a toujours eu une santé délicate.

Réglée à 11 ans, régulièrement, mais les règles étaient douloureuses. Leucorrhée habituelle.

La malade a contracté la syphilis à l'âge de 18 ans ; il n'y a aucun doute sur ce point, l'accident initial ayant été vu et traité à Broca.

Depuis dix ans, elle n'a plus eu d'autres accidents syphilitiques que des plaques muqueuses dans la bouche et des accès violents de céphalalgie, survenant environ deux fois par semaine. Depuis deux ans ces accès avaient presque disparu.

Il y a quatre ans, elle a contracté une blennorrhagie ; il y a eu deux poussées ; la seconde fois l'infection fut plus grave : elle eut une bartholinite et une salpingite pour laquelle elle dut subir l'hystérectomie abdominale totale.

Une perte de sang abondante, avec de nombreux caillots fut, il y a deux ans, le premier symptôme de la lésion rectale. L'attention de la malade ayant été attirée de ce côté,

elle constata alors qu'elle portait à l'anus une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, douloureuse et gênant la défécation. Depuis cette époque, elle a eu, à plusieurs reprises, des pertes de sang rouge vif par l'anus, et en assez grande abondance. Il y a huit mois, elle vit apparaître des pertes glaireuses, jaunâtres, d'odeur fétide, tachant le linge.

Pendant ce temps, la constipation apparut, de plus en plus marquée ; les selles étaient rares et la malade était obligée d'employer des laxatifs quotidiens.

Les matières étaient caractéristiques, tantôt rubanées, étirées, tantôt, au contraire, en forme de petites billes ; elles étaient recouvertes de matières glaireuses et de débris semblables à de la peau râclée.

La malade ayant fait, sur le conseil de son médecin, de grands lavages de l'intestin, elle ramène dans les eaux du lavement des débris semblables.

Les douleurs, les pertes de sang, les pertes jaunâtres ont augmenté ; la tumeur aussi a progressé et elle a envahi le pourtour de l'anus. La malade s'est alors décidée à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Au pourtour de l'anus, on voit une tumeur de coloration rouge, formée d'une série de petites végétations qui forment un bourrelet irrégulier ; elles ne sont pas placées symétriquement autour de l'orifice anal. L'ensemble présente à peu près la grosseur d'une noix. Ces végétations ne se laissent pas déprimer au doigt ; elles sont de consistance très ferme ; elles ne sont pas douloureuses au toucher ; elles ne sont nulle part ulcérées.

On constate encore que la grande lèvre du côté droit est un peu rouge et légèrement œdématiée.

Ecartant alors les végétations péri-anales, on constate que leur face interne est moins irrégulière ; l'orifice anal se trouve au fond d'une sorte d'entonnoir qu'elles limitent. On introduit alors le doigt dans le canal anal. Le toucher ne se fait pas sans difficultés et il est douloureux. On pénètre d'abord dans un canal étroit, mais dont les parois irrégulières sont encore assez souples et se laissent un peu déprimer. Ce canal se rétrécit de plus en plus et on finit par

arriver dans un anneau étroit, fibreux, inextensible, où le doigt pénètre cependant avec peine.

Au-dessus de ce rétrécissement, le doigt arrive brusquement dans une cavité élargie. C'est donc la forme typique du rétrécissement en entonnoir.

Les tissus péri-ano-rectaux ne semblent pas infiltrés profondément ; ils sont encore un peu mobiles sur les organes voisins et il paraît possible de décoller la paroi anale de l'orifice jusqu'au rétrécissement.

Le toucher vaginal montre que la malade a subi l'hystérectomie totale. On ne trouve, au fond du vagin, qu'un bourrelet cicatriciel transversal. La paroi du vagin qui répond au rectum a gardé toute sa souplesse. On ne trouve pas d'adénopathie dans la région inguinale.

Actuellement, la malade ne présente pas de lésions spécifiques. Elle a eu plusieurs fois des bronchites, elle respire souvent difficilement, cependant il n'y a pas de lésions cliniquement appréciables du côté des poumons.

Opération le 10 juin 1904 par *M. Mauclaire.*

La malade a été purgée l'avant-veille et la veille au matin, puis constipée la veille au soir et le matin même du jour de l'opération.

On commence par prendre avec quatre pinces à forcipressure, les quatre coins du bourrelet péri-anal. Puis on incise la peau de l'anus en avant, en décrivant une courbe à concavité postérieure. On reprend, en arrière, en décrivant une courbe à concavité antérieure, on rejoint les deux courbes du côté droit, mais, à gauche, on laisse un pont de 1 cent. à 1 cent. 1/2 de large.

On décolle en avant la muqueuse rectale jusqu'à la hauteur du rétrécissement ; là, on la coupe parallèlement à l'incision cutanée, en ayant soin de saisir au fur et à mesure, avec des pinces de Kocher, la lèvre supérieure de l'incision.

On suture alors à la soie plate la lèvre cutanée à la muqueuse supérieure qui se laisse abaisser facilement. La même opération est faite pour la demi-circonférence posté-

rieure. On a laissé intact, à gauche, un pont cutanéo-muqueux. On met dans l'anus un gros drain perforé entouré d'une compresse de gaze iodoformée ; on panse à la pommade iodoformée.

Suites simples.

Examen histologique.

La partie réséquée a été fixée en masse dans du formol à 4 0/0. Plusieurs fragments ont été inclus à la paraffine et colorés à l'hématéine-éosine et à l'hématoxyline au fer-van Gieson.

On constate, sur les coupes, que le revêtement épithélial de l'anus et du canal anal est intact. Sous l'épithélium existe une infiltration leucocytaire très considérable, confluente même en certains points. On trouve, plus ou moins profondément situés dans le derme, un assez grand nombre de follicules tuberculeux parfaitement net et contenant des cellules géantes caractéristiques. La coloration par la méthode de Ziehl a permis de mettre en évidence un certain nombre de bacilles de Koch. Il s'agit donc, à n'en pas douter, d'un rétrécissement tuberculeux.

La figure représente une coupe pratiquée au niveau d'une des végétations péri-anales.

Observation XII.

Due à l'obligeance de M. le Dr Mouchet.

Rectite hypertrophique et sténosante de nature tuberculeuse. Rectotomie interne, dilatation, puis anus iliaque. Mort ultérieurement.

Louis A..., chauffeur à la Compagnie de l'Ouest, 32 ans, entre à Necker, le 3 février 1902, dans le service de M. Le Dentu.

Antécédents héréditaires. — Il a dans sa famille des anté-

cédents nets de tuberculose. Il a perdu, de tuberculose pulmonaire, sa mère à l'âge de 40 ans, et un frère qui est mort en bas âge.

Il a eu aussi une fille qui est morte âgée de 1 an de tuberculose méningée et pulmonaire.

Antécédents personnels. — Sa santé est habituellement bonne. A l'âge de 10 ans, il a eu cependant une pleurésie purulente, qui n'a pas été ponctionnée. On l'a traité par des pointes de feu et des ventouses scarifiées ; de temps en temps, il ressent encore des douleurs dans ce côté. Il y a huit ou neuf mois, le malade a constaté, dans ses selles, la présence de *sang* — sang très rouge, dit-il, — c'était surtout le matin que le sang était abondant.

Trois mois plus tard, il a commencé à souffrir en allant à la selle. Le malade qui, normalement, était assez constipé, eut dès lors les plus grandes peines à aller à la selle. il ne rendait plus que des matières très dures, minces et comme effilées. Souvent, après une selle, apparaissaient de faux besoins d'aller, accompagnés d'un *ténesme* très douloureux. Quand le malade avait été au cabinet, il s'écoulait ensuite de son rectum un liquide glaireux, ressemblant à du pus délayé ; cet écoulement n'avait jamais lieu en dehors des selles. — En même temps, le sang diminuait dans les garde-robes et, au lieu d'être rouge, devenait plutôt noirâtre.

3 *février* 1902. — A son entrée à l'hôpital, le malade va encore assez facilement au cabinet, il n'a pas de périodes de constipation trop prolongées, mais, parfois, des crises de diarrhée accompagnées de glaires ; son faciès est assez altéré.

Au *toucher rectal*, on sent, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anus, un anneau assez étroit et assez étendu en hauteur, 4 à 5 centimètres, le doigt peut cependant le dépasser, mais non sans douleur. Au niveau du rétrécissement, la pulpe de l'index perçoit, en arrière, une sorte de repli en croissant assez mince ; en avant et sur les côtés, il a une sensation de relief dur, saillant, un peu inégal, quelques cannelures dans la muqueuse, mais pas de végé-

tations proprement dites. Pas d'hémorrhoïdes externes, ni internes.

Au-dessus de la sténose, la muqueuse rectale paraît lisse et assez souple, les parties périrectales, en arrière et sur les côtés, sont indemnes ; il n'en est pas de même en avant où le rectum semble adhérer à la prostate et à l'urètre.

On pense à un rétrécissement tuberculeux, et M. Le Dentu lui fait une rectotomie interne au thermocautère.

On commence la dilatation seulement 12 à 15 jours après, elle est faite irrégulièrement et un petit nombre de fois.

Le 21 *mai* 1902, le malade revient consulter, il sort d'une longue période de constipation invétérée ; il est resté jusqu'à huit jours sans aller à la selle et n'a fini par déféquer qu'avec 150 grammes d'huile de ricin.

On ne constate rien au niveau de l'anus, mais à 3 ou 4 centimètres au-dessus de lui, sur une longueur de 8 à 10 cm., le canal rectal est couvert de cannelures, de végétations, et si la sténose n'est plus aussi accentuée que précédemment, par contre, il y a, sur une bien plus grande étendue, épaississement et prolifération inflammatoire.

Le faciès est toujours altéré.

La dilatation est pratiquée régulièrement deux fois par semaine pendant deux semaines, puis le malade ne vient plus.

Le 25 *juin*, il rentre dans le service, se plaignant de difficultés extrêmes pour aller à la selle, le facies est pâle, l'air angoissé.

On constate peu de symptômes d'occlusion intestinale, l'abdomen est légèrement ballonné, mais il y a un gros phlegmon développé dans la fosse ischio-rectale droite, les téguments qui la recouvrent sont extrêmement rouges.

Le 28 *juin*, on fait au malade un anus iliaque, par le procédé de Maydl-Reclus, en utilisant le procédé indiqué par Hartmann pour la dissection de la paroi abdominale. Puis on ouvre le phlegmon ischio-rectal, il en sort surtout des fongosités d'apparence bacillaire.

Par le toucher rectal, on sent un canal absolument inex-

tensible, hérissé de saillies, de colonnes, séparées par des cannelures ; la sténose a la forme d'un entonnoir renversé.

Le 30 juin, on fait l'ouverture de l'intestin au niveau de l'anus iliaque ; celui-ci fonctionne très bien, quand le malade quitte le service peu après.

M. Mouchet apprit ultérieurement que le malade était mort à la fin de décembre 1902, de tuberculose pulmonaire.

Observation XIII.

Due à l'obligeance de notre collègue, M. Okinczyc

Rétrécissement du rectum par deux brides sémi-lunaires, section de ces brides, dilatation. Guérison.

A. B..., 30 ans.

Vient consulter parce qu'il éprouve, depuis trois mois, des démangeaisons au niveau de l'anus, et parce qu'il se fait, par cet orifice, un écoulement de pus au moment des selles.

Il n'a jamais constaté de sang dans ses garde-robes, jamais non plus il n'a ressenti de douleurs particulières dans cette région.

Le malade est habituellement très constipé.

Examen. — On ne trouve rien à l'inspection de l'orifice anal, il n'y a pas de bourrelet hémorrhoïdaire.

Au toucher, on sent, au-dessus du sphincter, à la face postérieure du rectum, une bride semi-lunaire fibreuse et comme cicatricielle qui contribue à diminuer le calibre du rectum. Cette bride siège à environ 3 centimètres de l'orifice anal. Il existe, à un demi-centimètre au-dessus de la première bride, une bride plus petite et latérale et qui présente les mêmes caractères.

Opération en août 1904, par M. le Dr Cunéo.

Dilatation anale.

La bride principale est prise entre deux pinces de Kocher, et une section cunéiforme est pratiquée à ce niveau.

Le petit fragment en coin est conservé pour examen histologique.

Suites simples ; guérison.

On fait de la dilatation pendant six mois avec des bougies rectales en caoutchouc.

Le malade est revu le 14 décembre 1906, en excellente santé. La constipation a disparu.

Examen histologique due à l'obligeance de notre ami, le Dr G. Delamare, chef de laboratoire à la Faculté.

Pièce fixée par le formol à 10 0/0 et incluse à la paraffine.

Coupes colorées par l'hématoxyline de Bœhmer et l'éosine orange, l'hématoxyline et le mélange de van Gieson, le mélange tétrachrome, le bleu polychrome de Unna, la méthode de Mallory, la fuchsine phéniquée de Ziehl.

La muqueuse est normale à tous égards ; le mucus sécrété par les cellules caliciformes est normal qualitativement et quantitativement (il se colore en bleu pâle par l'hématoxyline, en violet rouge par le bleu polychrome, en brun par le rouge neutre).

Dans la sous-muqueuse, on remarque de nombreuses Mastzellen et plasmezellen ; le tissu conjonctif est infiltré par des amas arrondis de cellules qui ont les dimensions et les caractères morphologiques, chromatiques des lymphocytes. De place en place, on trouve quelques cellules géantes à l'intérieur desquelles la fuchsine de Ziehl ne met pas en évidence le bacille de Koch. La pièce ayant été fixée dans le formol immédiatement après l'opération, il a été impossible de pratiquer des inoculations au cobaye.

Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont très malades : il est des petites artères qui sont complètement oblitérées et entourées d'un manchon de cellules lymphoïdes. Les grosses artères présentent une inflammation considérable de leur tunique interne : la lame élastique interne est dédoublée, fragmentée ; les cellules endothéliales prolifèrent et constituent des bourgeons qui, parfois, font saillie dans la lumière du vaisseau.

La tunique moyenne est épaissie, peu riche en fibres élastiques et sclérosée.

La tunique externe, dont le tissu conjonctif est dense et fibreux, contient une quantité normale de fibres élastiques.

La tunique musculaire de ce rectum est hypertrophiée et, par places, infiltrée d'amas cellulaires qui montrent que l'inflammation n'est pas purement sous-muqueuse, mais se propage jusqu'au voisinage de la surface externe de l'organe.

Les cellules qui infiltrent les interstices musculaires présentent des noyaux effilochés et filamenteux, hérissés de boules chromatiques. Ils ressemblent souvent à des mycéliums pourvus de spores (dégénérescence nucléaire pseudomycélienne).

Les lésions artérielles, la persistance relative du tissu élastique, l'absence de zones ulcéro-nécrotiques autorisent, croyons-nous, à penser qu'il s'agit d'un rétrécissement de nature syphilitique. On sait que les cellules géantes sont loin d'être exceptionnelles dans la syphilis.

Cependant, comme les résultats négatifs de la recherche du bacille de Koch sur les coupes sont sujets à caution, comme l'inoculation, pour les raisons plus haut indiquées, n'a pu être pratiquée, comme il existe des artérites tuberculeuses, nous croyons nécessaire de faire quelques réserves. En un mot, l'origine syphilitique de ce rétrécissement nous paraît très probable, mais non absolument certaine.

CONCLUSIONS

« Personne, disait M. Quénu, à la Société de chirurgie, en 1896, n'a encore trouvé de moyen radical contre les rétrécissements du rectum ; il faut donc nous montrer éclectique, ne pas reprocher à une méthode de ne pas donner de guérison radicale, lui demander seulement un soulagement des malades, une atténuation de leurs infirmités. »

Cette parole n'est plus complètement exacte, aujourd'hui, où avec le procédé de MM. Quénu-Segond, nous pouvons espérer la guérison complète des sténoses rectales ; mais comme, malheureusement, il ne peut pas s'appliquer à l'unanimité des cas, nous devons rechercher quelle est la valeur des autres méthodes proposées ; quelle est la meilleure thérapeutique à suivre dans chaque rétrécissement en particulier.

Nous pensons d'abord qu'il y a deux méthodes qui doivent être complètement proscrites : ce sont la dilatation brusque et les rectotomies. La dilatation brusque et la rectotomie interne parce qu'elles sont dangereuses et aveugles ; la rectotomie externe, parce qu'elle est absolument insuffisante, expose à l'incontinence, à une suppuration prolongée et ne préserve nullement des récidives.

La rectoplastie est évidemment ingénieuse, mais nous la croyons difficile à pratiquer à cause de l'infiltration des tissus rectaux et peri-rectaux ; nous sommes en droit de nous demander si l'augmentation de calibre qu'elle prétend don-

ner au rectum n'est pas beaucoup plus théorique que pratique et si ses avantages ne sont pas presque illusoires.

Les anastomoses sigmoïdo-rectales ne sont qu'exceptionnellement possibles; elles sont, de plus, très graves, n'ont pour effet que de contourner l'obstacle au cours des matières, mais elles n'agissent nullement sur la sténose elle-même.

Tous ces procédés ont, en outre, le grand défaut de ne s'adresser qu'aux phénomènes mécaniques de la maladie, et d'être tout à fait sans action sur la rectite, ce qui doit complètement les faire mettre de côté; nous avons suffisamment insisté sur les souffrances que causent aux malades l'écoulement purulent qui se fait par leur anus, pour n'avoir pas besoin de revenir sur la nécessité d'une thérapeutique absolument efficace à ce point de vue.

Nous ne nous trouvons plus en présence que de trois modes de traitement qui agissent à la fois sur le rétrécissement et sur la suppuration rectale : ce sont la dilatation lente et progressive avec de grandes irrigations antiseptiques ; l'anus iliaque seul ou combiné à la dilatation rétrograde ; l'extirpation avec colotomie préliminaire.

Quelles sont les indications et la valeur de ces méthodes ?

C'est la dilatation lente et progressive, suivant la méthode de MM. Berger et Quénu, qui présente le moins souvent d'indications ; elle nous semble surtout convenir aux lésions peu profondes et assez étendues de la muqueuse, elle doit être absolument proscrite si on soupçonnait la tuberlose car elle n'empêcherait pas l'extension des lésions ; en outre, pour obtenir, avec elle, des résultats durables, elle doit être faite très régulièrement, avec beaucoup de précautions et continuée presque sans limite de durée ; elle ne pourra donc être employée que chez des malades aisées, qui peuvent recourir à des soins incessants ; chaque jour, se faire irriguer le rectum et passer des sondes. Il sera toujours indiqué dans ces cas de pratiquer l'ablation des condylomes et autres végétations qui entretiennent la suppuration et se trouvent soit au pourtour de l'anus, soit sur la muqueuse rectale, au-dessous de la stricture.

La colotomie a des indications extrêmement précises :

nous ne rappelons que pour mémoire les cas d'obstruction aiguë où il faut rétablir de suite le cours des matières : elle doit être employée quand le rétrécissement présente un développement considérable, et remonte à une trop grande hauteur; de même encore s'il existe des fistules suppurantes recto-vaginales ou autres, prenant naissance dans des ulcérations situées bien au-dessus de la sténose, car l'étendue de la maladie ne permet pas alors d'espérer de résultat par l'extirpation. Enfin, il est un dernier cas où l'anus iliaque est encore indiqué : c'est après l'échec de la dilatation sur une sténose récidivée après l'extirpation°; car, là encore, il est la ressource ultime. Dans tous ces cas, la colotomie devra être considérée comme définitive, à moins qu'on ne puisse, par la dilatation rétrograde, recalibrer le rectum et refermer ultérieurement l'anus ; mais il y a lieu de craindre que ces cas heureux ne soient très rares.

Nous ne devons pas oublier que, chez certains malades, l'anus iliaque n'arrive pas à tarir la rectite, il faudra alors essayer l'exclusion du rectum qui, deux fois, nous a donné d'excellents résultats.

La colotomie ne saurait, en aucune manière, être comparée à la résection : elle n'a pas la prétention de guérir le rétrécissement, mais simplement de soulager les malades; elle est d'autant moins à opposer à l'extirpation que ces deux méthodes sont loin de s'exclure, comme nous l'avons vu, et qu'il y a tout avantage à les combiner et à faire précéder l'ablation de la sténose d'un anus préliminaire : ainsi, le rectum sera mis au repos et l'intervention ultérieure sera facilitée.

L'extirpation avec anus préliminaire est évidemment la méthode de choix, actuellement, pour la cure des rétrécissements du rectum ; faite suivant les règles, elle est bénigne comme opération ; pratiquée suivant le procédé de MM. Segond-Quénu, elle assure une continence parfaite aux malades, elle permet d'atteindre des sténoses haut placées; enfin, par l'ablation de la muqueuse de l'anus jusqu'au-dessus de la stricture, jointe à la colotomie, elle arrive à guérir la rectite; les récidives avec elle ne semblent plus aussi à

craindre. Nous pouvons donc dire que l'extirpation intra-sphinctérienne, chaque fois qu'elle est possible (nous avons vu plus haut que sa seule contre-indication était l'extrême étendue des lésions qui ne permettait plus d'abaisser l'intestin sain jusqu'à l'anus), est non seulement le meilleur mode de traitement des rétrécissements du rectum, mais encore que c'est le seul qui puisse assurer la guérison radicale et probablement définitive de cette affection.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu : *Le Doyen de la Faculté*,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aertz : Traitement chirurgical de l'anus contre nature. (*Thèse Nancy*, 1904.)

Albesco : De la Rectotomie postérieure préliminaire. (*Thèse de Paris*, 1888.)

Allingham : *Encyclopédie de Chirurgie :* Art. Rétrécissement du Rectum, 1886.

Arnaud : Traitement chirurgical et résultats éloignés des sténoses inflammatoires du rectum (*Thèse de Lyon*, 1905-1906), et des rétrécissements blennorrhagiques du rectum, revue générale *in Gazette des hôpitaux*, février 1906.

Audry : Rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie du syphilome ano-rectal. (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*. 5 février 1903 et *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, février 1903, p. 188.)

Aschenborn : Strictura recti (*Archiv für Klinische Chirurgie*, p. 177, Berlin, 1880.)

Aulès : Des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Thèse de Montpellier*, 1896.)

J.-B. Bacon : A new operation for the cure of the strictur of the rectum and sigmoid. (*Mathews med. Quart.* 1894. T. I, p. 11.

— Non maligannt strictures of the rectum. (*The medical and Surgical Reporter*, 1896, Philadelphie.)

Ballance : *Lancet*, 1883. T. I, p. 44 et 485.

Banks : Some notes on the surgery of the rectum. (*Liverpool M. Chir. Journal*, p. 279-296, juin 1886.)

Bardenheuer : Die Resection des Mastdarms. (*Sammlung Klinischer Vortræge*, 1887, n^{os} 93 et 298.)

Becker (W.) : Some unusual stenotic conditions of the colon and rectum. (*Milwaukee M. J.*, 1904, XII, I. 9.)

Benavente : Rectita ulcerosa de origin tuberculoso estrecheces rectales. (*Rev. med. de Chili.* Sant. de Chili, 1905, xxxiii, 193-200.)

Benton : Case of stricture of the Rectum treated with electrolys. (*Med. reg .Philadelphie*, 1888, p. 438.)

Berger : Société de Chirurgie, 1896, octobre.

W. Berndt : Uber 18 Fälle von gonorheischer Rectalstriktur und ihre Behandlung. *Centralblatt f. Chirurg.*, 1898, n° 18 et *Thèse de Breslau*, 1898.

Blackam (U.-J.) : Case of fibroses strictures of the rectum following dysentery (*Brit. M. J. London*, 1903, i-847.)

Bullard (Duff) : Acquired non malignant stricture of the rectum. Causes. Symptômes and treatment. (*Med. Rev. N. Y.*, 1900, LVII, 47-52. *J. Am. Ass. Chicago*, 1902, XXXIX, 817-820.)

Brault : Trait. rétréc. rect., cathétérisme après colost. tempor. (*Soc. Chirurgie*, 1901, XXVIII, p. 1061.)

F. Busch : Die Extirpation des Mastdarms mit Bildung eines muskulo-Kutanen. Perineallappens. (*Berl. medicin Wochenschrift*, 1883, p. 219.)

Campenon : De la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissements non cancéreux du rectum. (8e *Congrès de Chir.*, Lyon, 1894, 10 octobre.)

Carré : Du rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Th. de Paris*, 1893.)

Carroll : Strictur of the rectum. (*Cincinn. Lancet Clinic.* 1897, n. s. XXXIX, 1-5. (Discussion) 14, et *Tr. Acad. Cincinn.*, 1897-1898, 102-107.)

Carnabel : Stricture rectale. (*Spitalul Bucaresti*, 1898. XVIII, 56-61.)

Cassagnes : *Thèse Toulouse*, 1900, Chancre ano-rectal.

Castex : Sur le rétrécissement dysentérique du rectum. (*France médicale*, 1889. T. I, p. 193 et 216.)

Cecchierelli : Rétréc. rectum XII. *Congrès. Internat. médecine*, Moscou, 1897.)

Ceci : Operazioni retto, casi clinici e studii sperimentali. (*Riforma medica*, p. 747-760, 769. Napoli, 1891.)

Cérou : De la rectotomie linéaire. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Chaput : Thérapeutique chirurgicale de l'intestin, du rectum et du péritoine, 1896.

Chardon : Extirpation transanale du rectum avec conservation du sphincter. (*Thèse de Lyon*, 1905-1906.)

Chassaignac : *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 23 janvier 1872.

Chénieux : Rétrécissement syphilitique du rectum. (*Limousin médical*, février 1904, p. 19-23.)

Chetwood (Ch.-H.) : Plactic operation for restauration of the sphincter ani with report of a cases. *Indian M. Rec.* Calcutta, 1902, XXIII, 70-71.)

Clamouse : Rectite chronique hypertrophique. (*Thèse de Paris*, 1896.)

Cléjat : Rétrécissement du rectum. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1905, XXXV, 397.)

Cooper et Swine (Edwards) : Diseases of the rectum and anus, London, 1892.

Crédé : Traitement des rétréciss. cicatriciels du rectum. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, 1892. T. XLIII, p. 475.)

Cripps (H.) : On diseases of the rectum and anus. London, 2e édition, 1890.

Cunéo et Durieux : Rectite proliférante. (*Rev. génér. Cliniq. et Thérapeut.*, 1898, XII, 179-182.)

Dalziel : Excision of a simple strictur of the rectum by Kraske méthode. (*Glascow, M. S.*, 1897, XLVIII, 210.)

Darier : Rétrécissements multiples de l'intestin grêle. (*Bull. de la Société anatomique*, 14 février 1890.

Davide Giordano : *Revue Gynécol.*, 1898, p. 760. *La Clinica chirurgicale*, 1896.

Delbet et Mouchet : Rectite chronique hypertrophique et sténosante. (*Archives générales de médecine*, 1893, p. 513.)

Demard : Colost. iliaque. (*Thèse Lyon*, 1899-1900.)

Depage : Note sur la chirurgie du rectum. (*Assoc. de Chirurgie.* Paris, 1904.)

Desprès : Les chancres phagédéniques du rectum. (*Arch. générales de médecine*, 1868. T. I, p. 256.) et (*Bull. de la Soc. de Ch.*, 1873.)

Doyen : Abcès compliquant rétréciss. annul. non spécifique du rectum. (*Revue critique de médecine et chirur.* Paris, 1900. II, 153-155).

Duckworth : Two cases of simple stricture of the rectum following upon pelvis inflammation. (*St-Barth. Hosp. Rep.*, 1905, London, 1906 xli-158.)

Dugan : Traumatic strict. of the rectum. (*South. M. Rec. Atlanta*, 1897, XXVII, 477-481.)

Dunlopp : A case of strictur. of the rectum. (*Lancet*, London, 1897 i-1740.)

Duplay : Leçon clinique sur le rétréc. du rectum. (*Semaine médicale*, 1892, p. 401.)

Durante : *Société de Chirurgie italienne.* Avril, 1886.

Duret : Note sur un procédé d'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale avec abouchement consécutif de l'S iliaque à l'anus, conservation du sphincter et du canal anal. (*Acad. de médecine*, tome XLVIII, 1902, p. 453.)

Earle : Electrolysis in the treatment of rectal strictures. (*Virginia med. Monthly*, 1890, p. 821.)

Esmarch : Krankheiten des Mástdarms und des Afters. (*Deutsche Chirurgie.* Lief. 58, p. 116.)

Florange : Statistiche Bericht über die Erkrankungen des anus und Rectum die in der Bonner Chirurgischer Klinic von 1895-1898. (*Inaug. Dissert* Bonn, 29 juillet 1903.)

Forgue et Reclus : *Traité de thérapeutique chir.* T. II, p. 765.

Forget : *Soc. de Chirurgie*, 1873.

Forgue : Traitement des rétréciss. non cancéreux du rectum. *N. Montpellier méd.*, 1897, VI, 602-607.

Fort : Rétréc. du rectum traité et guéri par l'électrolyse. (*Gaz. des hôpitaux*, 1889, p. 557.)

Fort : Rétréc. du rectum. Rectotomie externe. Mort. Autopsie. (*Gaz. des hôpitaux*, 1884, p. 316.)

Fournier : Leçons sur la syphilis tertiaire du rectum et de l'anus. (*France médicale*, 1874 et 1875.)

Franck (Jacob) : An operat. for stricture of the rectum in women. (*Am. J. obst. N. Y.*, 1902, XLVI, 528.)

Franckenburger : Rétrécissement du rectum. (*Med. News*, 4 février 1905, n° 204.)

Gauran : *Thèse Lyon*, 1892. Rétr. du rect. Traitem. par l'extirpation.

Gaut : A plea for the non hospital. on office treatment of diseases of the rectum and anus. (*N. York M. J.*, 1903, LXXVII, 668-672.)

Gérard Marchant : Rétr. du rectum et colon descendant. (*Soc. de Chirurgie*, 7 février au 26 juin 1898.)

Gérard Marchant et Verchère : Sur la pér. prémonitoire du rétréc. du rectum. (*Soc. de Chir.*, 3 mars 1897.)

Gloeser : Strictur. des Mastdarms, mit Mastdarmscheidenfistel. (*Archiv f. Klin. Chirurgie*, 1867, T. II.)

Godebert : Essai sur les rétréc. syphilitiques du rectum. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Godineau : De l'entéro-rectostomie. (*Thèse de Paris*, 1903.)

Gosselin : Recherches sur les rétréc. syph. du rectum. (*Archives gén. de méd.*, décembre 1854. Art. Rectum du Dict. de Jaccoud.)

Goyanes (D. José) : Colostomia perineal retroproctica. (*Siglo med.*, Madrid, 1905, LII, 475), et un caso de estreches rectal syphilitic, colostomia rectal retroproctica. (*Rev. de med. y cirurg. pract.* Madrid 1906, LXXI, 341.

Graser : Traitement des maladies du rectum. (*Centr. f. Chirurg.*, 1899, n° 2, p. 47.)

Grey : Rétrécissement fibreux traumatique; extirpation. (*B. et Mém. Soc. Chirurgie*, p. 323, Paris, 1894.)

Hahn: Zür Behandlung der syphilistischen Ulcerationen des Mastdarms. (*Deutsche Gesellschaft für Ch.*, 1889. Ueber syphilit. Mastdarmverkrank. (*Deutsche medicin. Wochensch.*, 1892, p. 69.)

Halstead : Non malignant stricture of the rectum. (*Med. News N. Y.*, 1898, LXXIII, 37 et *Med. World Lond.*, 1898 ii 625.)

Hartmann : Anus iliaque. (*Congrès Chirurgie*, 1901, p. 778.)

Hartmann et Toupet : *Bull. de la Soc. anatom.* de décembre 1894.

Hartmann : *Congrès de Chirurgie*, 1893, p. 698. Note sur un procédé d'ablation des rétréc. du rectum par les voies naturelles.

Hartwell : Resect. of rectum for syphilitic stricture with end to end anastomosis. (*Ann. surg. Phila.*, 1905, Xliii, 146.)

Hawkins (J.-A.): Syphilis of the rectum and the anal région. (*Internat. M. Mag. Philad.*, 1902, XI, 4-6.)

Herczel : Traitem. des rétréc. syphil. du rectum élevés par le Kraske. (*Pester., med. Chir. Presse*, 1892, p. 569.)

Herzen : Extirp. d'un rétréc. du rectum par voie vaginale. (*Revue médicale de la Suisse romande*, déc. 1894.)

Heydenreich : La voie vaginale dans la résection du rectum. (*Semaine médicale*, n° 41, 1897.)

Hochenegg : Beitrage zur Chirurgie des Rectums. (*Wiener Kl. Wochensch.*, 1889, p. 578.)

Holmes : Organic benig. strict. of the rectum. (*Dominion M. Month.* Toronto, 1898, xi, 189-191.)

Horrock : Treatment of fibroses stricture of the rectum. (*The Indian, Lancet*, 1900, avril, n° 7.)

— Fibroses Stricture of the rectum. (*Brit. méd. Journal*, 1899, 3 juin et *Centralblatt. f. Chir.*, p. 79.)

Horvitz : Ulcère of the rectum strict. to syphilis. (*Phila. Polyclinic*, 1898, vii, 187-191 et 193-198.)

Howard A. Lothrop : Sur une opérat. plastique pour la cure de cert, variétés de rétréc. du rectum. (*Boston médic. and surgical J.*, vol., CLII, n° 107, 27 avril 1905.)

Hutter : Technique de l'extirp. du rectum par voie périnéale. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1872, Bd I; p. 485.)

Israels : *Verhandl. der freien vereinigüng der Chirur.*, Berlin, 19 janvier 1897 et *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, 1897.)

Jacquinot : Contribution à l'étude et au traitem. du rétréc. vénérien du rectum. (*Thèse de Paris*, 1890.)

James : Sur le rétrécissement du rectum. (*Thèse de Paris*, 1838.)

Jonnesco : Résection du rectum pour rectite proliférante. (*Soc. de Chirurgie de Bucarest*, 1905, vii, 135.)

Juliusburger : Beitræge zür Kenntuiss der Geschw. iu. Strict. des Masdarms. (*Thèse de Breslau*, 1884.)

Kelly (H.-O.) : The treatment of non malignant stricture of the rectum. (*Am. med. Phila.*, 1905, X, 479.)

Knecht : Vorstellung eines dürch Mastdarmsresection geheilten Falles von stricturirenden Mastdarmverschw. (*Berl. klin. Wochens.*, 1894, p. 878.)

Knox (M. W.) : Rectale Stricture. (*Southwest. M. Rev.* Houston, 1897, ii, 138.)

Koch : Uber einfach entzündlichen stricturen Mastdarmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.)

Koenig : Die Bedeutung der Colotomie für den schweren Mastdarmverschw. (*Berliner klin. Wochens.*, 1887, p. 17.) Die Stricturirende Darmtuberculose.(*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1892, p. 65.) et Die Erkrankungen des Mastdarms in Folge von Infection durch Gonorhe und Syph. (*Berl. klin. Woch.*, 1902, XXXIX, 417-421.)

Korte : *Deutsche med. Wochens.*, 1899, V. B., n° 9. *Société de Chir. de Berlin*, 13 juin 1898 et *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1894, n° 38, p. 378.

Kraske : Conservation du sphincter dans le cancer. (*Deutsche méd. Wochens.*, n° 28, 13 juillet 1905.)

Krouse (L. J.) : Some points on benign. strictur. of the rectum with the report of a few cases located nigh up in the rectum (*Cincinn. Lancet Clini.*, 1900, U. S. XLIV, 509.)

Kummel : Ueber hochgelegene Mastdarmstricturen. (*Sammlung Klinischen Vortræge*, 1886.)

Lachowski : Résultats éloignés des divers modes de traitement du rétréc. dit syphil. du rectum. (*Thèse de Paris* de 1895.)

Lamb (D. S.) : Case of Syph. ulceration and stricture of the rectum, Gonorheal tube ovaria cysts. (*Washington med. Ann.*, 1903.)

Langenbuch : Freie Vereinigüng der chirurgen Berlins. (*Berl. klin. Wochens.*, 1894, p. 997.)

Laplace : Syph. Stricture of the rectum. (*N.-Orl. M. et S. J.*, 1897-1898, 569-574.)

Lapointe : *Presse médicale*, 1898, 153-155 et *Thèse de Paris*, 1897-1898. Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum.

Laugier : Art. Rectum du Dict. en 30 vol.

Lecerf : Rétrécissement inflammatoire du rectum, traité par l'électrolyse. (Communicat. du profes. Berger, *Soc. de Chirurgie*, 5 février 1890.)

Le Dentu : De l'anus artificiel temporaire, comme moyen de traitem. des lésions syphil. graves du rectum. (*Méd. moderne*, 6 mars 1890.)

Lejars : Extirpation d'un rétrécissement du rectum par la voie vaginale. (*Société de Chirurgie*, p. 743, 1904.)

Leuk : Eine neue palliativ. Operation bei benignen Mastdarmstricturen. (*Berliner klin. Woch.*, 1905, XCII, 802-805.)

Lieblein : Zur retrogaden Bougierung des entzundlichen Mastdarmsverengerungen. (*Beitr. zur klin. Chir.* Tubingen, 1901, XXXI, 643-665.)

Maillefert : *Thèse Lyon*, 1900-1901. Colostomie iliaque.

A. Martin : Des opérat. sur le rectum. (*Monatsch. f. Geb. und Gynécol*, 1898, Bd. VII.)

F. Martin : Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses. (*Thèse de Lyon*, 1900-1901.)

Mason Rufus : Some practical points on rectal surgery. (*Surg. Clin.*, Chicago, 1901, I. 342-350.)

Mathews : Syph. Stricture. (*Internat. cliniq.*, Phila., 1898-85 i. 239-248.)

Medina : Opération et traitement consécutif des rétrécissements du rectum (rectotomie en V.) (*N. Y., med. J.*, 2 juin 1894.)

Mollière : Traité des maladies du rectum et de l'anus.

Monat de Rio : *Annales des organes génito-urinaires*, 1889, p. 577.

Monroe : Syphil. of the rectum. (*Cincinn. Lancet Clinic.*, 1898, n° 5, XC, 32.)

— Strict. of the rectum. (*Cincinn. Lancet*, 1900, n° 5, XL., 605-608.) et Rev. de Gynécol., 1901, p. 544.)

Mosès : La méthode sacrée et son appl. au cancer et rétréc. du rectum. (*Thèse de Paris*, 1892.)

Morestin : Des opérat. qui se pratiq. par la voie sacrée. (*Th. de Paris*, 1894.)

Murel : Rétrécissement syphilitique du rectum. (*Marseille médical*, 1906, XLIII, 16.)

Murphy : Résection du rectum par vagin. (*Philad. medic. J.*, 1901.)

Navarro : Traitement des rectites sténosantes. (*Rev. Chir.*, 1901, XXIII.)

Newman : Traitem. des rétr. du rectum par l'électrolyse. (*New England Méd., Monthly*, 1882, p. 557.)

Nicolas : Fermeture de l'anus iliaque. (*Thèse de Paris*, 1900.)

Panas : Traitement des rétréciss. du rectum. (*Soc. de Chir.*, 30 novembre 1872.)

Péan : *Bull. méd.*, 1889, p. 1387.

Perret : Essai sur les rétréciss. du rectum dus à l'inflammation. (*Thèse de Paris*, 1855.)

Peterson Reuben : Etiology of non malignant rectal stricture in women. (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1900. XXXIV, 259-262.)

Pick: Syphil. stricture. (*Internat. clinique*, Phila., 1898, 85-241-250.)

Pinguet : Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques des rétréciss. du rectum. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Quénu : Société de Chirurgie, 1891, février ; 1896, juillet et octobre ; 1904, juillet.

Quénu et Hartmann : Chirurgie du rectum, Paris, 1895.

Ravarit : La cure des rétrécissements par la dilatation électrolytique progressive. (*Thèse de Bordeaux*, 1902-1903.)

Reber : Forme non décrite de rétréc. du rectum. (*Thèse Bâle*, 1902.) *Rev. Gynécol.*, 1904, p. 926 et 1906, p. 168.

Reclus : *Société de Chirurgie*, juillet 1896 et Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum avec conservation du sphincter anal. (*Société de Chirurgie*, p. 413-421, 1890.)

Ribera : Procidimento operatorio para las estrecheces no cancerosa del recto. (*Revista Méd. y cirurg. prat.*, 1898, n° 572.)

Ribera y Sans : Estrechey del recto consecutiv. à la injestion de un cuerpo extrano, rectotomia postérior. ricidiva — nuevo procidimento operatorio—curacion. (*Rev. de méd. y cirurg. prat.*, Madrid, 1897, xli 47-55.)

Ricard et Launay : Thérapeutique chirurgicale.

Richie : Rétréc. tuberculeux et rétréc. syphilit. du rectum. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1897, p. 158 et 189.)

Richelot : *Société de Chirurgie*, fév. 1891.

Rieder : On the pathologie and treatment of rectal stricture. (*Annales Surgical N. Y.*, 1896, p. 545-551.)

Rieder : Sur la Pathologie et le traitem. des rétréc. du rectum. (*Cong. de la Soc. Allem. de Chirurgie*, avril 1897 et *Soc. Médic.*, 1897, p. 148.)

Ries : *Cent. Chirurgie*, 1903, p. 373 et *New-York Med., J.*, 1902.

Rothrock : Strictures of the rectum in women due to inflammatory process in the pelvis. (*St-Paul M. J.*, 1902, IV, 314-318.)

Rotter : *Archives für Klinische Chirurgie*, Bd., LVIII, Heft 2 et *Verhandl. An freien Vereinigung an Chirurgen* Berlin, 13 juin 1898.

— *Deutsche Médic. Woch.*, 1899, n° 9.

Sauri Ricardo : Essai sur le rétréc. fibreux du rectum. (*Th. de Paris*, 1868.)

Schède (Max) : Die Resection des Mastdarms bei den strieturirenden Geschwüren desselben. (*Arch. f. klin. Chir.* T. L., p. 835.)

Schloffer (H.) : Zur operative Auschaltung entzundlichen

Mastdarmstricturen. (*Beitr. z. klinic. Chir.*, Tubingen, 1901, XXXI, 643-665.)

Schreiber : Recto romanoscopie. (*Berlin. Hirschwald*, 1903.)

Schuchardt : Beitrag. zur Mastdarm. Syphil. Geschvüres. (*Arch. f. Anat. Bul.*, 1898.

— Retract. isol. rectum. (29e Congrès Chirurgie allemande. (*Rev. Chir.*, 1900, octobre, p. 593.)

— Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 12 mars 1894. Pathogenese der Mastdamsyphilis. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1894, p. 937.)

A. Schultz : Die Pathogenese und die Behandlung der stricturirenden Mastdamsverschwægerungen. (*Th. de Leipzig*, 1893.)

Schwartz : Rétrécissement du rectum traité par la rectoplastie. (*Presse médicale*, p. 301, 1894.)

Segond : *Soc. de Chirurgie*, 1889, p. 758 et 1895, p. 168.

Sieur : Rétrécissement fibreux du rectum et crises violentes d'entéro-colite muco-membraneuse. Création successive d'un anus iliaque gauche et d'un anus iléo-iliaque droit. Résection du rectum par la voie périnéale et création d'un anus sacro-coccygien suivie de la fermeture des deux anus iliaques. Guérison. (*Société de Chirurgie*, 12 décembre 1906.)

Sheintsis : High atresia of the anus and rectum. (*Chirurgia* Moskou, 1904, XV, 283-286.)

Sokoloff : Traitem. des rétréciss. syphilit. rectum. (*Centralb. f. Chirur.*, 1898, n° 24, p. 619.) et *Revue Gynécol.*, 1898, p. 1112.

Sonnenkalb : Examen et traitem. du rectum malade. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril 1904, 556-557.)

Sonnenburg : Traitem. opérat. des rétréciss. de la partie supérieure du rectum, XXVIe Congrès de la Soc.allem. de Chirurg., 21 avril 1897 et *Semaine méd.*, 1897, p. 186. (*Rev. Chir.*, 1898, *Archiv. f. kliniche Chirur-* 1897, p. 713 à 745.)

Souligoux : Rétréciss. inflam. très étendu du rectum consécutif à un rétréc. valvulaire. (*Bull. et Soc. Chir.*, Paris, 1901.)

Sourdille : Rétréciss. tuberculeux du rectum. (*Archives génér. de méd.*, mai, juin, juillet, 1895.)

Stewart (A. W.) : Stricture of the rectum. (*Med. and Surg. reporter*, 1896, n° 16 et *Centralbl.*, 1897, p. 86.)

Stiassny : Uber plastiche nachoperationen nach resectio. rectum. (*Beitrag. z. klin. Chir.*, Tubing, 1901, XXXIV, 491-507.)

Stone Scott : Rectal stricture of puerperal origin relieved by laparotomy. (*New Y. Mec. Rec.*, August, 26, 1893.)

Strauss : Technique de rectocospie. (*Berliner klin. Woch.*, 30 nov. 1902, p. 1100.)

Syme : *Edimburgh med. and surg. J.*, 1835. T. II, p. 121.)

Thiem : *Deutsche Gesellschaft f. Chir.* 11 juin 1892.

Thouvenin : La voie vagino-périnéale dans la résection du rectum ou Diacolpoprotectomie. (*Thèse de Nancy*, 1896.)

Thraickill : The treatment of rectal strictures. (*Kansas City M. Rev.*, 1904, XXI, 37-41.)

Tillaux : *Leçons de clinique chirurg. et Méd. moderne*, 1894, p. 582.)

Tison : Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Trélat : *Leçons de clin. chirg.* T. II, p. 306.

Tuttle : Practical Suggestions on the treatment of rectal diseases. (*Internat. Journal. Surg.* N. Y., 1902, XV, 3-8, 6 fig., 1902, XV, 76-79, 3 fig.)

Vaultrin : *Congrès français chirurgie*, 1899.

Verdia : (A.) : La chirurgie del recti-e del ano. — Napoli Pesola, 1900, 8. p. 228.

Verckmeister : Zwei Vorschlœge f. die unblütige Behandlung der Strict. recti. (*Arch. f. klin. Chirur.* T. LII.) p. 307.)

Verlhagen : Beitrag zür Kenntnis der syphilit. Mastdarmgeschwüren. (*Thèse de Greifswald*, 1889.)

Verneuil : *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1872 et *Bull. de l'Acad. de Méd.*, décembre, 1894.

Villard : De l'extirpation transanale du rectum cancéreux avec conservation du sphincter. (*Société de Chirur-*

gie de Lyon, 1905, viii, 216-220 et *Lyon médical*, 1905, CV, 232-240.)

Wagner : Behandlung von nicht Carcinomatose Strict. des rectum; retrograde Bougierung mit den Sogenanten Schlauchohne Ende. (*Wien. klin. Woch.*, 1904, p. 317.)

Wallis : The causes and treatment of non malignant strict. of the rectum. (*Brit. M. J.*, Lond. 1900, II, 1002-1006.)

— *Cent. Chirurgie*, 1901, p. 140 et *Annal. meeting of the British medic. Ass.*, 31 juli. *Brit. med. J.*, 1900, p. 6 et 20.

Watkins : Strict. of the rectum. (*Memphis M. Monthly*, 1903, XXiii, 173-177.)

Watkins : An operation for strictures of the rectum in women preliminary report of a case. (*Ann. P. Obst. N. Y.*, 1902, XLVI, 476-478.)

Wegner : *Langenbeck Archiv.* Bd. LXVI.

White : Rectal Strictures with remarks on electrisal treatment. (*Phila. M. J.*, 1902, X, 269.)

— A case of rectal stricture treated by electrolysis. (*J. Advanced Thérap. N. Y.*, 1902, XX, 9-11.)

Whitmore : The treatment of stricture of the rectum by electrolysis. (*Brit. med. Journal*, London, 1886, p. 3216.)

Von Wieting : *Mittheilung. aus d. Hamburger Staatskrankenanst.* Bd. 3. Helft., 3 septembre 1901, page 315-317.)

Wolff : Eine Behandlung der stricturiren den Mastdarm verschwarüng, zugleich ein Beitrag zur Mastdarmplastik. (*Deutsche med. Wochensch.* Leipzig u. Berlin., 1900, XXVI, 95-98, 3 fig. et Wie erziehlt man voll kommene Kontinenz nach totale Mastdarmextirpation. (*Centr. f. Chirurg.*, p. 746, 1902.)

Wood : Fibroses stricture rectal. (*Internation. M. J. Australia*, Melbourne, 1898, iii, 29.)

Zapulla : *Annali universi di medicino.* CCXIII, Milano, 1870.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

PREMIERE PARTIE

Traitement médical 11
Cautérisation 13
Electrolyse 14
Dilatation 16

DEUXIEME PARTIE

Rectotomie interne 31
Rectotomie externe 34
Rectoplastie 45
Sigmoïdo-rectostomie 51
Colostomie 66
Exclusion du rectum 88
Extirpation 93

TROISIEME PARTIE

Comparaison des diverses voies d'accès pour extirper les rétrécissements 119

OBSERVATIONS PERSONNELLES OU INÉDITES 137

CONCLUSIONS 177

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 181

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone 704-19.*